

14
LOCALIDAD

Localidad
LOS
MARTIRES



***Diagnostico Local con
Participación Social
2009-2010***



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Localidad
LOS
MARTIRES



***Diagnostico Local con
Participación Social
2009-2010***

CRÉDITOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Clara López Obregón

Alcaldesa(e) Mayor de Bogotá, D.C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Jorge Bernal Conde

Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Eugenio Varela Beltrán

Subsecretario Distrital de Salud de Bogotá

Ana Zulema Jiménez Soto

Directora de Salud Pública

EQUIPO TÉCNICO

Secretaría Distrital de Salud

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Clara Mercedes Suárez Rodríguez

Ana Patricia Villamizar

Patricia Rojas Méndez

Alex Ordóñez Argote

María del Carmen Morales

Meyra del Mar Fuentes

Nubia Noemí Hortua

Hospital Centro Oriente

Coordinador PIC

Martha Isabel Vergel

Adiela Ruiz Gómez

Aura Nelly Prieto Rojas

Sugey Ramirez Murillo.

Azucena Fraile Gómez
Esperanza Sáchica Valbuena.
Marisol Garrido Castillo
Harold Delgado Gómez
Aracelly Pardo Santamaria
Zoraida Joya Pineda
Francy Cecilia Perdomo Alarcón
Raúl Espinosa Suárez
Referentes Locales por ámbito de vida cotidiana
Nadia Arévalo
Rosalba Rodríguez Ibagué
Alejandro Marín Quintero
Oliver Morales Riveros
Luz Helena Avendaño
Henry Mauricio Cárdenas Hernández
Proyecto de Desarrollo de Autonomía
David Avellaneda
Jenny Milena Pachón Duran
Transversalidad
Gloria Inela Mora Rojas
Adriana María Reyes Rodríguez
Jorge Alberto Rodríguez Guerrero
Claudia Viviana Rodríguez Parra
Luis Miguel Sánchez Zoque
Ruth Estrada Buitrago
Angélica Chacón
Amparo Palencia Velazco
Catalina Hernández Torres
Beatriz Helena Prada
Sandra Echeverry Giraldo

AGRADECIMIENTOS

A la gerencia del Hospital Centro Oriente, a todo el equipo técnico del PIC, Secretaría Distrital de Salud, al Componente de Gestión Local, al personal de apoyo en general de las diferentes áreas del Hospital Centro Oriente, entes locales y comunidad comprometidos en la actualización del diagnóstico local en salud con participación social 2009 - 2010, sin cuya valiosa colaboración no hubiera podido llevarse a cabo tan loable misión.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Andrés León N.

Oscar Sierra

FOTOGRAFÍA PORTADAS

Diego Bautista

TABLAS DE CONTENIDO

| | | | | |
|---|----|--|---|-----|
| CRÉDITOS | 5 | 1.6.1 | Mortalidad en Mártires | 67 |
| AGRADECIMIENTOS | 7 | 1.6.1.1 | Mortalidad infantil | 68 |
| INDICE DE TABLAS | 13 | 1.6.1.2 | Mortalidad materna y perinatal | 70 |
| INDICE DE MAPAS | 15 | 1.6.1.3 | Mortalidad por desnutrición | 71 |
| INDICE DE GRAFICOS | 16 | 1.6.1.4 | Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA | 71 |
| INTRODUCCION | 17 | 1.6.1.5 | Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda –ERA | 72 |
| MARCO CONCEPTUAL | 19 | 1.6.2 | Morbilidad en Mártires | 73 |
| 1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LAS RELACIONES TERRITORIO-POBLACION- AMBIENTE | 29 | 1.6.2.1 | La violencia en Los Mártires | 74 |
| 1.1 Características ambientales y geográficas | 30 | 1.6.2.2 | Salud sexual y reproductiva | 78 |
| 1.2 Reseña histórica | 32 | 1.6.2.2.1 | Cáncer de cuello uterino | 79 |
| 1.3 Zonas de Riesgos Ambientales | 34 | 1.6.2.2.2 | Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA | 79 |
| 1.4 Características Político Administrativas | 36 | 1.6.2.3 | Enfermedades emergentes | 79 |
| 1.4.1 Zonas de condiciones de vida y salud | 37 | 1.6.2.3.1 | Influenza AH1N1 | 80 |
| 1.4.2 Territorios Sociales | 42 | 1.6.2.4 | Enfermedades Transmisibles | 81 |
| 1.4.3 Microterritorios estrategia Salud a su Casa (SASC) | 44 | 2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RELACIÓN PRODUCCIÓN-CONSUMO | | 83 |
| 1.5 Estructura y Dinámica Poblacional | 47 | 2.1 | Organización social y productiva del trabajo en el territorio | 84 |
| 1.5.1 Poblaciones especiales | 53 | 2.2 | Condiciones de acceso o restricción a bienes y servicios | 90 |
| 1.5.1.1 Población en condición de Desplazamiento | 53 | 2.2.1 | Vivienda | 90 |
| 1.5.1.2 Grupos Étnicos | 58 | 2.2.2 | Disponibilidad Acceso y Consumo de Alimentos | 93 |
| 1.5.1.3 Personas en condición de discapacidad | 59 | 2.2.2.1 | Condiciones de Seguridad Alimentaria | 94 |
| 1.5.1.4 Personas en ejercicio de la prostitución | 63 | 2.2.3 | Educación | 96 |
| 1.5.1.5 Población LGBTI | 64 | 2.2.4 | Transporte y Movilidad | 98 |
| 1.5.1.6 Habitante de Calle | 66 | 2.2.5 | Recreación y Cultura | 99 |
| 1.6 Perfil Epidemiológico Local | 67 | 2.2.5.1 | Equipamientos colectivos de cultura | 102 |
| | | 3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIO- POBLACIÓN | | 105 |
| | | 3.1 | Territorios Sociales | 106 |
| | | 3.1.1 | Territorio Social 1 | 109 |

| | | | | | |
|------------|---|------------|------------|--|------------|
| 3.1.1.1 | Núcleo Problemático 1 | 113 | 4.3.7 | Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) | 183 |
| 3.1.1.2 | Núcleo Problemático 2 | 116 | 4.3.8 | ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar | 187 |
| 3.1.1.3 | Núcleo Problemático 3 | 118 | 4.3.9 | IDIPRON | 187 |
| 3.1.1.4 | Núcleo Problemático 4 | 123 | 4.3.10 | Secretaría de Integración Social | 188 |
| 3.1.1.5 | Núcleo Problemático 5 | 125 | 4.3.11 | Consejo Local de Discapacidad | 188 |
| 3.1.2 | Territorio social 2 | 131 | 4.3.12 | Consejo Local de Juventud-CLJ | 193 |
| 3.1.2.1 | Núcleo Problemático 6 | 133 | 4.3.13 | Equipo Local de Apoyo Interinstitucional- ELAI | 193 |
| 3.1.2.2 | Núcleo Problemático 7 | 134 | 4.3.14 | Red Social Materno Infantil | 193 |
| 4. | ANÁLISIS DE LA RESPUESTA | 137 | 4.3.15 | Red del buen trato | 194 |
| 4.1 | Respuesta Institucional | 139 | 4.3.16 | Red de Salud de los Trabajadores | 194 |
| 4.1.1 | Sector salud | 139 | 4.3.17 | Comité de Productividad, Desplazamiento y Trabajo Informal | 194 |
| 4.1.1.1 | Análisis del desarrollo de servicios | 142 | 4.3.18 | Gestión Ambiental y Sanitaria para la Salud-GESA | 195 |
| 4.1.1.2 | Estado de aseguramiento de la población en territorios sociales | 143 | 4.3.19 | Comité Local de Persona Mayor | 195 |
| 4.1.2 | Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) | 144 | 4.3.20 | Respuesta Institucional para población L.G.B.T.I | 196 |
| 4.1.2.1 | Núcleo Problemático 1 | 145 | 4.4 | Respuesta Comunitaria | 200 |
| 4.2.4.2 | Núcleo Problemático 2 | 159 | 4.4.1 | COPACOS | 201 |
| 4.2.4.3 | Núcleo Problemático 3 | 165 | 4.4.2 | Comité de ética hospitalaria | 201 |
| 4.2.4.4 | Núcleo Problemático 4 | 175 | 4.4.3 | Núcleos de gestión en salud | 201 |
| 4.2.4.5 | Núcleo Problemático 5 | 178 | 4.4.4 | Análisis de las relaciones de la comunidad con las instituciones locales | 201 |
| 4.2.4.6 | Núcleo Problemático 6 | 180 | 4.5 | Análisis de la Gestión Social Integral | 202 |
| 4.2.4.7 | Núcleo Problemático 7 | 180 | 4.5.1 | Territorios sociales | 202 |
| 4.3 | Respuesta Intersectorial | 181 | 4.6 | Propuesta de Abordaje de las Problemáticas en los Territorios Sociales 2011 | 205 |
| 4.3.1 | Consejos Locales de Gobierno | 181 | 4.6.1 | Tema generador 1 | 205 |
| 4.3.2 | Consejo de Planeación Local | 182 | 4.6.2 | Tema generador 2 | 207 |
| 4.3.3 | Consejo Tutelar | 182 | 4.6.3 | Tema generador 3 | 209 |
| 4.3.4 | Junta Administradora Local | 182 | 4.6.4 | Tema generador 4 | 210 |
| 4.3.5 | Consejo Local de Política Social de (CLOPS) | 183 | 4.6.5 | Tema generador 5 | 212 |
| 4.3.6 | Comité Operativo Local de Infancia, Familia y Juventud | 183 | | | |

INDICE DE TABLAS

| | | |
|--------------------------------|---|------------|
| 4.6.6 | Tema generador 6 | 214 |
| 4.6.7 | Tema generador 7 | 215 |
| 4.7 | Propuestas Transectoriales y Comunitarias | 216 |
| 4.7.1 | Territorio social 1 | 216 |
| 4.7.1.1 | Núcleo problemático 1 | 216 |
| 4.7.1.2 | Núcleo problemático 2 | 216 |
| 4.7.1.3 | Núcleo problemático 3 | 217 |
| 4.7.1.4 | Núcleo problemático 4 | 218 |
| 4.7.1.5 | Núcleo problemático 5 | 219 |
| 4.7.1.6 | Núcleo problemático 6 | 219 |
| 4.7.2 | Territorio social 2 | 224 |
| 4.7.2.1 | Núcleo problemático 1 | 225 |
| 4.7.2.2 | Núcleo problemático 2 | 226 |
| 4.7.2.3 | Núcleo problemático 3 | 226 |
| 4.7.2.4 | Núcleo problemático 4 | 227 |
| 4.7.2.5 | Núcleo problemático 5 | 228 |
| CONCLUSIONES | | 232 |
| LISTADO DE ABREVIATURAS | | 234 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Distribución de Barrios por UPZ. Localidad los Mártires, Bogotá D.C, 2010 | 37 |
| Tabla 2. Población por UPZ. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C, 2009 | 50 |
| Tabla 3. Tasas de fecundidad específicas por grupo de edad. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C. 2008-2009 | 52 |
| Tabla 4. Nacimientos en Mujeres de 10 a 19 años. Localidad 14 Mártires. Bogotá D.C. 2008 -2009. | 53 |
| Tabla 5. Distribución por sexo de las personas en condición de desplazamiento caracterizadas por salud a su Casa, Bogotá, D.C. 2010. | 54 |
| Tabla 6. Distribución por edad y barrio de las personas en condición de desplazamiento activas a 2011 en el programa salud a su Casa, Bogotá, D.C, 2010. | 55 |
| Tabla 5. Distribución de las personas con discapacidad y/o alteración. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C., 2008. | 61 |
| Tabla 6. Mortalidad Infantil. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C. 2007-2009 | 68 |
| Tabla 7. Mortalidad materna (razón por 100000 NV) Bogotá - Localidad Los Mártires 2008 – I semestre 2010 | 70 |
| Tabla 8. Mortalidad Perinatal. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2010 Bogotá D.C. 2007-2009 | 71 |
| Tabla 9. Mortalidad por desnutrición. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C., 2010. | 71 |
| Tabla 10. Morbilidad General Doce Primeras Causas. Servicio Consulta Externa. Hospital Centro Oriente. Bogotá D.C.2008 | 73 |
| Tabla 11. Morbilidad por consulta total en menores de un año. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2008 | 74 |
| Tabla 12. Intento de Suicidio y Suicidio Consumado. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2007-2009 | 78 |
| Tabla 13. Distribución cobertura de citologías vaginales. Localidad Los Mártires. 2008 – I sem 2010 | 79 |
| Tabla 14. Tasa de ocupación por grupos de edad Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2007. | 86 |
| Tabla 15. Número de hogares y personas por hogar. Localidad 14 Mártires. Bogotá D.C.2006-2009 | 91 |
| Tabla 16. Distribución de hogares por tipo de vivienda. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2006-2015. | 91 |
| Tabla 17. Número de hogares cuya vivienda ha sido afectada por desastres naturales en los últimos dos años. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C. 2007. | 92 |
| Tabla 18. Estado Nutricional población infantil menor de 7 Años. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2008. | 95 |
| Tabla 19. Población en edad escolar, asistencia y no asistencia. Localidad Mártires. Bogotá D.C, 2007 | 96 |
| Tabla 20. Grados promedio de educación cursada. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2007 | 96 |
| Tabla 21. Demanda efectiva por tipo de Colegio. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2009. | 97 |
| Tabla 22. Los Mártires. Equipamientos culturales por UPZ, Bogotá D.C, 2008 | 103 |
| Tabla 23. Distribución porcentual de violencias por grupos etarios | |

| | |
|---|-----|
| y sexo en la Localidad, Bogotá D.C, 2009 | 114 |
| Tasa 24. Tasas específicas de fecundidad y su distribución relativa, por grupos de edad. Bogotá D.C, 2005 – 2015 | 127 |
| Tabla 25. Distribución por edad y sexo de la consulta odontológica de ciclo vital juventud, Bogotá D.C, 2009 | 128 |
| Tasa 26. Morbilidad oral en juventud, localidad de Mártires, Bogotá D.C, 2009 | 129 |
| Tabla 27. Servicios prestados en las sedes Ricaurte, La Fayette, Samper Mendoza. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2009. | 141 |
| Tabla 28. Servicios prestados y capacidad instalada en camas. Hospital Centro Oriente. Bogotá D.C 2009 | 141 |
| Tabla 29. Servicios y horario de atención en la ESE Hospital Centro oriente. Bogotá D.C, 2010 | 142 |
| Tabla 30. Producción de servicios asistenciales. Hospital Centrooriente. Bogotá D.C, 2009 | 143 |
| Tabla 31. Distribución por género régimen subsidiado. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C. 2009 | 144 |
| Tabla 33. Cobertura de vacunación (3º dosis de polio). Localidad los Martires.2008- I semestre 2010 | 179 |
| Tabla 34. Coberturas de vacunación triple viral. Localidad los Mártires Bogotá, D.C, 2009- I semestre 2010 | 179 |

INDICE DE MAPAS

| | |
|--|-----|
| Mapa 1. División político administrativa. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C. 2010 | 31 |
| Mapa 2. Zonas de Condiciones de Calidad de Vida y Salud. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C, 2010. | 38 |
| Mapa 3. Territorios Sociales. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C, 2010 | 43 |
| Mapa 4. Microterritorios de salud a su casa. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C., 2010. | 46 |
| Mapa 5. Distribución de población por etapa de ciclo y género. Localidad Los Mártires. Bogotá.D.C, 2010 | 49 |
| Mapa 6. Población en condición de desplazamiento. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C. 2010. | 56 |
| Mapa 7. Población en condición de discapacidad. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2009. | 60 |
| Mapa 8. Población LGBTI. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C., 2009 | 65 |
| Mapa 9. Mortalidad infantil. Localidad Los Mártires, Bogotá D.C, 2010 | 69 |
| Mapa 10. Población en condición de violencias. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2008. | 76 |
| Mapa 11. Plazas de mercado. Localidad los Mártires. Bogotá D.C 2009. | 94 |
| Mapa 12. Parques y zonas verdes. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2009. | 100 |
| Mapa 13. Territorio social 1. Localidad Los Mártires, Bogotá D.C,2008. | 110 |
| Mapa 14. Violencia intrafamiliar notificada al SIVIM. Hospital Centro Oriente Localidad Los Mártires, Bogotá D.C, 2008. | 113 |
| Mapa 15. Problemáticas ambientales. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2009 | 117 |
| Mapa 16. Territorio social 2. Localidad Los Mártires, Bogotá D.C, 2008 | 132 |
| Mapa 17. Sedes asistenciales Hospital Centro Oriente, Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2008 | 140 |
| Mapa 18. Organizaciones intervenidas – ámbito comunitario. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2009 | 148 |
| Mapa 19. Organizaciones adulto mayor intervenidas por ámbito institucional. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2009 | 154 |
| Mapa 20. Trabajo infantil – ámbito laboral. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2008 | 158 |
| Mapa 21. Ubicación Geográfica de Condiciones desfavorables en calidad de vida. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C, 2008 | 166 |

INDICE DE GRAFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfica 1. Proyecciones de Población desagregada por edad. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C., 2009 | 47 |
| Gráfica 2. Esperanza de vida al nacer por sexo. Localidad 14 Mártires, Bogotá, D.C. 2005-2010 | 50 |
| Gráfica 3. Tasa General de Fecundidad (TGF). Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C. 2005- 2010. | 51 |
| Gráfica 4. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2007- 2009. | 72 |
| Gráfica 5. Mortalidad por neumonía. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2007-2009 | 72 |
| Gráfica 6. Comportamiento de la violencia según tipo (tasa por 100000 habitantes). Localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2008 | 75 |
| Gráfica 7. Casos de influenza AHINI según ciclo vital. Localidad 14 Mártires. Bogotá D.C. 2009. | 80 |
| Gráfica 8. Índice de condiciones de vida. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2007 | 84 |
| Gráfica 9. Distribución de los hogares por percepción sobre el poder adquisitivo del ingreso | 85 |
| Gráfica 10. Indicadores de fuerza laboral, localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2007. | 86 |
| Gráfica 11. Sistemas afectados por enfermedad relacionada con el trabajo reportadas por los trabajadores caracterizados en la intervención de entornos de trabajo saludable, Bogotá D.C, 2008 - 2010 | 88 |
| Gráfica 12. Distribución de Niños trabajadores caracterizados por la intervención de erradicación y prevención del trabajo infantil según régimen de afiliación a salud, Bogotá D.C, 2008 – 2010. | 89 |
| Gráfica 13. Estado malla vial. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2009. | 98 |
| Gráfica 14. Distribución según edad de los habitantes de calle. Localidad 14 Los Mártires, Bogotá D.C., 2007 | 121 |
| Gráfica 15. Escolaridad de los adultos y adultas de la localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2005. | 123 |

INTRODUCCION

El presente Diagnóstico local de Salud con Participación Social de la localidad de Mártires reconoce y analiza la realidad social mediante la relación de las categorías de territorio, población, ambiente, consumo y producción; al identificar e interpretar problemáticas y potencialidades de esta localidad, con el fin de generar alternativas, planear los recursos y orientar las acciones en procura de mejorar las condiciones y la calidad de vida de la comunidad que habita o se relaciona con la misma.

Lo anterior permite revisar la situación actual de salud y compararla con el contexto histórico, social y económico para así evidenciar sus cambios y desarrollo, planteando acciones a corto, mediano y largo plazo en concordancia con los planes de desarrollo local, distrital, nacional, y las políticas de los diferentes sectores y objetivos del milenio.

En el 2009 se propone realizar el análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida de la población en los territorios sociales, con el fin de identificar las causalidades profundas de las condiciones de vida y salud, expresadas en su fragilidad o potencia social, el cual permite plantear respuestas que afecten los determinantes de calidad de vida y salud de los grupos y sujetos de la sociedad.

En 2010 se continuó con el análisis de la determinación social por los territorios acordados en el proceso de gestión social integral local, lo que hasta el segundo semestre de 2010 ha permitido la organización de las agendas territoriales para la construcción de las respuestas integrales a la problematización presentada.

Como sustento conceptual y teórico la actualización del diagnóstico se basa en el modelo de la determinación social, la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y la Gestión Social Integral.

En el marco de la Estrategia Promocional de calidad de vida y salud, este proceso se realiza a través de las lecturas integrales de necesidades, el cual involucra la identificación de las condiciones de vida y salud de la población en territorios sociales, explicando aspectos que permiten determinar las circunstancias de dignidad humana y el desarrollo humano, problematizar las lecturas de

la realidad y la respuesta, e identificar las brechas de inequidad y los déficits de las respuestas institucionales que muestran la violación o garantía de los derechos humanos, para incorporar la perspectiva de autonomía, dignidad y libertad conforme a los contextos, expectativas, aspiraciones sociales y culturales, individuales y colectivas, para finalmente evidenciar particularmente las condiciones de las personas a través de sus etapas en la vida o ciclo vital teniendo en cuenta la equidad, la perspectiva de género, de condiciones socio-económicas, clases sociales y étnicas, entre otras.

El reto del proceso de análisis de la determinación social y la calidad de vida en lo local es examinar integralmente la realidad desde la perspectiva de los derechos humanos y en el marco de procesos participativos. Se recogió la percepción de los múltiples actores, considerando la vida cotidiana de la gente en los territorios desde una mirada social más allá de lo geográfico que permita el reconocimiento de la identidad y pertenencia de los grupos humanos, reconociendo que en estos espacios es donde se produce y se reproducen los determinantes y exposiciones sociales y contrastando con información y análisis cuantitativo que dé cuenta de la magnitud de la realidad social en las localidades.

Por lo anterior, el objetivo principal del proceso de análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida en lo local es comprender en toda su dimensión los factores protectores y deteriorantes como la complejidad de la salud y la calidad de vida en la localidad, para avanzar en la reducción de brechas y situaciones intolerables e invertir con equidad los recursos sociales, contribuyendo a modificar las condiciones de vida de las poblaciones.

La elaboración y actualización de los Diagnósticos Locales de Salud con participación social es un producto estratégico del proceso de análisis de la determinación social de la salud y la calidad de vida en lo local. A través de este proceso se busca el fortalecimiento y apropiación conceptual y metodológica permanente de los siguientes temas: determinación social, calidad de vida, derechos humanos, políticas de salud, análisis cualitativo y cuantitativo, categorías y perspectivas y competencias analíticas.

MARCO CONCEPTUAL

La salud se consolida como un derecho social, su esfera no está delimitada solamente al campo de prestación de servicios de salud. Constitucionalmente existen elementos para que todos los ciudadanos puedan disfrutar de este derecho y los líderes sociales en su papel, redimensionen la participación social hacia esferas políticas que permitan desarrollar una ciudadanía dirigida hacia el desarrollo de la autonomía, para fundamentar las políticas con enfoque en los derechos, para que se genere a partir de ello la apropiación de las comunidades de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, que lleve a consolidar el derecho a la salud.¹

Cuando se habla de derecho a la salud², se refiere a algo que nos pertenece por el hecho de ser seres humanos, pudiendo exigir al Estado ser garante de este. Los derechos humanos no son simples aspiraciones que quisieran alcanzar, son el reconocimiento de la dignidad humana, por lo anteriormente expuesto existen múltiples leyes, convenios e instrumentos nacionales e internacionales, que reconocen y promuevan la garantía de los derechos humanos, específicamente en el derecho a la salud, los cuales deben ser apropiados por el conjunto de la sociedad en la perspectiva de hacerlos justiciables, de los cuales se pueden puntualizar los aspectos relacionados a continuación:

- La aceptación de los derechos humanos.
- El Estado como garante de derechos.
- La perspectiva de derechos a la luz de condiciones concretas de calidad de vida.
- Cambios institucionales hacia la participación social, para avanzar en la garantía de los Derechos.
- Desarrollo de un nuevo modelo de gestión social dirigido a garantizar los derechos.

¹ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARIA DE SALUD. Diseño de un diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud. Cuadernillo colección la ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud. Conociendo y apropiando la estrategia promocional de calidad de vida y salud. 2007

² *ibíd.*

Desde la mirada hegemónica, la promoción de la salud aparece, junto con la prevención, como los campos centrales de la actuación de la salud pública y recoge, por tanto, su proceso de construcción viéndose limitada por los cuestionamientos de los modelos centrados en la medicina, donde se toma la salud pública como una especialidad de ésta; partiendo de la propuesta de Milton Terris, en el sentido de hacer de la medicina un campo de la salud pública, la propuesta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, pretende aportar una alternativa en la garantía del derecho a la salud. En este sentido, se fundamenta en la idea de salud como autonomía, reconoce el análisis de los determinantes sociales como orientador en la toma de decisiones y asume la tarea de transformar la realidad existente en la perspectiva de construir equidad y justicia social³

La aplicación de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, se fundamenta en el principio básico de concebir la salud como derecho que se concreta con la satisfacción de necesidades. .

Desde esta estrategia, el desarrollo de políticas públicas se basa en el proceso de territorialización que parta de la lectura integral de necesidades, del diseño de una respuesta integral y de una gestión que viabilice la misma, en donde la transectorialidad y la participación son piezas fundamentales, para lograr los objetivos de afectar los determinantes, definidos como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o que estén directa o indirectamente asociados a los problemas, asegurando proteger y preservar el desarrollo de una vida plena en todos los ámbitos y ciclos.⁴

En este proceso de construcción de política pública, la participación social y comunitaria en salud está mediada por la representación del interés colectivo; la constitución nacional promueve una democracia participativa para fortalecer a la sociedad civil, mientras en la cotidianidad opera una democracia representativa, que funciona a partir de unos canales, en los que solo puede “participar” el delegado, quien termina siendo un convidado que no representa los intereses, ni aboga por la presentación de las situaciones que afectan el bienestar de quienes en teoría representa.⁵

Esta debilidad ha generado una pérdida de credibilidad y de liderazgo convirtiéndose en un distractor, en tanto que se convive con agendas llenas para asistir a reuniones, discusiones, foros, asambleas, pero, desafortunadamente, no hay mayor trascendencia en la capacidad movilizatoria de las comunidades y de la sociedad civil, para reivindicar las voces que expresan la necesidad de un país más democrático, con amplio sentido participativo para superar la desigualdad y la inequidad social.

El momento actual requiere que la participación avance en dos planos: el estratégico, como posibilidad para movilizar a los sujetos hacia la concreción de objetivos; y el plano simbólico, como

³ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARIA DE SALUD. *Diseño de un diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud. Cuadernillo colección la ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud. La estrategia promocional de calidad de vida y salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud.2007*

⁴ Los Ámbitos: se refieren a los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana y se tejen interacciones por ejemplo, los espacios productivos (laboral), los espacios de vida de los escolares (escuela), los espacios públicos (comunitario), institucional (espacios de protección y rehabilitación); Instituciones prestadoras de servicios de Salud (IPS). Ciclo: concepto que explica el tránsito de la vida como un continuo y que propone que el crecimiento y el desarrollo humano son el producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológico, psicológico y social.

⁵ ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARIA DE SALUD. *Diseño de un diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud. Cuadernillo colección la ruta de la estrategia promocional de calidad de vida y salud. Conociendo y apropiando la estrategia promocional de calidad de vida y salud.2007*

valor que permite procesos de transformación, que determinan a la sociedad y que le da sentido a las acciones humanas.

En el Distrito Capital ha venido impulsado políticas públicas que se enmarcan en un enfoque que privilegia los derechos humanos y abiertamente ofrecen herramientas para ambientar un escenario dirigido hacia la concreción de procesos que apunten a la construcción de ciudadanía, es decir, hacia una esfera donde los ciudadanos sean sujetos capaces para actuar en la transformación de sus propias realidades, superando la participación como instrumento para validar las políticas hechas sin el reconocimiento pleno de los actores.

En el sector salud, la política se encuentra sustentada en la estrategia promocional de calidad de vida y salud⁶, la cual determina la importancia de vincular la mirada de los grupos sociales en relación con aspectos que afectan la calidad de vida y, por ende, la salud, la convocatoria a búsqueda de respuestas sostenidas, donde se privilegie la participación de las personas.

Con la implementación de esta estrategia a través de la política de salud distrital se propicia que las comunidades organizadas o sin organizar, los grupos sociales, los colectivos, las asociaciones, confronten sus realidades y realicen procesos que apunten hacia la búsqueda de soluciones.

A partir del abordaje de los determinantes se aplicó una metodología de cartografía social y árbol de problemas para guiar la lectura de necesidades en las zonas de condiciones de vida y salud, permitiendo tomar la realidad del territorio, estableciendo relaciones para analizar y posibilitar estrategias de intervención desde salud a su hogar SASH, atención primaria en salud(APS), trabajo en ámbitos(comunitario, escolar, IPS, laboral y familiar) participación de la comunidad; llegando a la aplicación y operativización de la política Distrital de salud.

Metodología de Análisis de la Situación de Salud

Dentro del proceso de análisis de la situación de salud de la población se plantea desde las necesidades encontradas en las diferentes comunidades, la definición de requerimientos, de acciones para contribuir a mejorar y orientar las intervenciones institucionales de tal manera que permitan mejorar las condiciones de salud de la población en lo local.

Este documento no se elabora única y exclusivamente para el actuar del sector salud, por el contrario es un insumo para los demás sectores que propenden por el bienestar colectivo, así como con los grupos organizados de la comunidad y sociedad en general. Adicionalmente se debe tener en cuenta que el proceso de salud es condicionado por factores presentes en todos los sectores y para su solución se requiere de la intervención de los mismos y los efectos que se logren a través de estos van a incidir en el desarrollo, producción y productividad de la sociedad.

El Diagnóstico Local con Participación Social tiene las siguientes características:

- **Objetividad:** Los datos son presentados en forma cuantitativa y con análisis cualitativo alusivo a los datos disponibles, la información relacionada con las acciones que se desarrollan desde el PIC 2009 por etapa de ciclo vital en los territorios sociales, teniendo en cuenta los enfoques territorial, poblacional y diferencial.

Enfoque territorial: A partir de la concertación realizada entre Hospital Centro Oriente, Consejo Local de Gobierno, CLOPS Consejos Locales Operativos, UAT, Unidad de Apoyo Técnico, Consejo Local integral de Participación (CLIP) Equipos Transectoriales y Mesas Territoriales, se llegaron a establecer dos territorios sociales correspondientes a las dos UPZ de la localidad, con el fin de intervenirlas transectorialmente según la estrategia de Gestión Social Integral. Es de anotar que en el 2010 se incluye un nuevo territorio social definido por el Alcalde Local, denominado Territorio Social de Industriales y Comerciantes, sin embargo cabe aclarar, que ésta zona no es diferente a los territorios sociales 1 y 2 geográficamente focalizados, pues quienes lo conforman se encuentran distribuidos allí. En el mapa 3 se ilustra los territorios definidos para la localidad.

Territorio social 1, la Sabana (102), se ubica al norte de la localidad y su límite es la avenida Los comuneros; los barrios más representativos son: Ricaurte, Paloquemao y San Victorino, así mismo zonas de patrimonio histórico de la ciudad como El Voto Nacional y La Estación de La Sabana, territorio de alto impacto social como el barrio Santa Fe y Pepita. Limita por el Norte con la Avenida de Las Américas y la Avenida Jorge Eliécer Gaitán (Calle 26), por el Oriente con la Avenida Caracas (Kra 14) por el Sur con la Avenida de Los Comuneros (Calle 6 a); y por el Occidente con la Avenida Ciudad de Quito (Kra 30 NQS), cuenta este territorio con 16 barrios que en la actualidad están siendo impactados por el plan centro,

El territorio social UPZ 37 Santa Isabel: Limita este territorio por el Norte con la Avenida de los Comuneros (Av. Calle 6a), por el Oriente con la Avenida Caracas (Kra 14) por el Sur con la Avenida de la Hortúa (Calle 1a) y la Avenida Fucha (Calle 8a Sur); y por el Occidente con la Avenida Ciudad de Quito (Kra 30 a NQS). La UPZ cuenta con Seis (6) Barrios (Eduardo Santos, el Progreso, el Vergel, santa Isabel, santa Isabel Sur y Veraguas) en los cuales predomina el estrato tres (3), El origen de estos barrios data de los años veinte, los más cercanos al centro, y de las décadas de los cuarentas y cincuentas los más alejados y que hoy lindan con la Avenida Cra. 30 (NQS),

La dinámica poblacional se define como el conjunto de interacciones entre la dinámica demográfica y otros factores de las dinámicas ambientales, social y económica de las cuales se derivan transformaciones tanto en la dinámica demográfica (tamaño, crecimiento poblacional, estructura distribución territorial y movilidad) como en las condiciones socioeconómicas y ambientales de un territorio.

El enfoque poblacional consiste en identificar y comprender las interacciones en la dinámica poblacional, a fin de responder tanto a los problemas como a las oportunidades presentes en el territorio, orientando la formulación de objetivos y estrategias que permitan superar las tensiones problemáticas y potenciar las fortalezas identificadas.

El enfoque poblacional incluye las etapas de ciclo vital las cuales se clasifican de la siguiente manera:

Infancia: 0 – 9 años y gestantes

Juventud: 10 – 26 años

Adulthood: 27 – 59 años

Vejez: 60 y más años

- **Precisión:** hace referencia a la población en estudio y al medio donde se encuentra (población por etapa de ciclo vital en los territorios sociales con enfoque poblacional, territorial y diferencial).
- **Integridad:** Tiene que ser lo más completa posible para permitir el conocimiento y evaluación del estado de salud de la población.
- **Temporalidad:** Debe referirse a un tiempo determinado, previamente definidos. (información 2009)
- **Multidisciplinario:** Debe contar con la participación de diferentes disciplinas para contribuir a la integridad del mismo. (Referentes de PDA, TVS, ámbitos y componentes).
- **Actualizado:** el diagnóstico presenta la situación de salud en el momento presente para que las acciones correspondan a las necesidades reales (se tiene en cuenta la información del año 2009 por ser la más reciente y completa).
- **Participativo:** Indica que en el proceso deben interactuar todos los estamentos involucrados en la problemática y en especial la comunidad sobre la cual se van a realizar las acciones, (información de lecturas de necesidades en los territorios de GSI).

Organización para el Análisis de situación

De acuerdo a la guía técnica de trabajo enviada por la S.D.S. se elaboró el plan de acción para la vigencia de 2010, acorde con las fases propuestas por el nivel central y en concordancia con la propuesta institucional. Este plan de acción contempló un momento inicial de socialización de los resultados 2009, y mesas de trabajo por etapa de ciclo vital.

Se dio inicio con los ajustes y propuesta metodológica para el ejercicio, en donde se establecieron reuniones mensuales: unidades de análisis y equipos técnicos poblacionales. La recolección de información y el estudio de la misma, desde las Transversalidades y Proyectos de Desarrollo de Autonomía, se hizo desde los ámbitos de vida cotidiana, para luego pasar a un análisis desde la determinación social.

A través de mesas de trabajo se discutió información de fuente primaria y los resultados del diligenciamiento de matrices que permitieron evidenciar los determinantes sociales de dominio

general, particular y singular; las acciones realizadas para afectar las problemáticas identificadas por etapa de ciclo vital en el territorio.

Las unidades de análisis se desarrollaron con la participación de los profesionales de los proyectos de desarrollo de autonomía (salud mental, oral, sexual y reproductiva, crónicas, transmisibles y estrategias); transversalidades (ambiente, etnias, desplazados, seguridad alimentaria y nutricional, salud y trabajo, género, discapacidad y actividad física), se tomaron entre las fuentes primarias las narrativas elaboradas en el año 2009 del diagnóstico local, los grupos focales, en donde se realizaron lecturas de realidades con las diferentes intervenciones contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), se avanzó en el análisis de situación de la salud de los habitantes de la localidad de Mártires, se describieron determinantes sociales, se analizó la gestión local y la respuesta institucional para determinar el déficit de la oferta. En las unidades de análisis se hizo énfasis en el enfoque poblacional, territorial, y diferencial por etapa de ciclo vital, inicialmente en las zonas de calidad de vida y posteriormente en los territorios sociales de la localidad.

En un tercer momento, se avanzó en la construcción de narrativas por etapa del ciclo vital y validación y/o reformulación de núcleos problemáticos los cuales fueron insumo para la construcción de la propuesta institucional.

También se articuló información generada desde las mesas territoriales (narrativa por territorio social) y los ejercicios realizados en las unidades de análisis por etapa de ciclo vital en los territorios sociales (núcleos problemáticos).

Los núcleos problemáticos construidos en el presente documento, constituyen el conjunto de situaciones, problemas que afectan un territorio, generando una condición específica, que es necesario intervenir, para disminuir sus efectos y a partir de este, mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.

La identificación de núcleos problemáticos, facilitó la construcción de respuestas integrales, evitando caer, en esfuerzos encaminados a dar solución a una lista de problemas, que pueden ser causas de otros, sin impactar realmente la realidad.

A partir de los núcleos problemáticos, se construyen los temas generadores, que se convierten en las ideas fuerza, con las que se busca generar una respuesta. El tema generador, no solo propone una posible solución, sino que se expresa, en términos de mostrar la condición ideal a la que se pretende llegar.

En este sentido, los temas generadores buscan la movilización de los actores sociales y comunitarios inmersos en el territorio, o de aquellos que son necesarios de incluir, para poder transformar el núcleo problemático identificado.

Para el año 2010, se avanzó en análisis de situación por territorio social desde el sector salud y se tuvieron en cuenta las narrativas generadas desde las mesas territoriales, como insumo de participación comunitaria.

Recolección de información de fuentes primaria y secundaria. La primera de éstas, sale de las lecturas de necesidades identificadas en los grupos focales y análisis de documentos suministrados por PDA y Transversalidades, así como de Ámbitos y Componentes. La fuente secundaria proviene de las Instituciones locales, Planeación Distrital y Secretaria Distrital de Salud.

Dos sesiones por mes para la actualización del diagnóstico y luego una sesión por mes para el proceso de georreferenciación de las problemáticas y respuesta institucional por ámbitos hasta el mes de octubre. Posteriormente se realizaron los ajustes pertinentes y finalmente después de

la validación por parte del nivel central se socializará el documento final en los espacios locales e institucionales.

OBJETIVO GENERAL

Actualizar el diagnóstico local, partiendo de los datos estadísticos diferenciales desde la ESE de la localidad de Mártires, las lecturas de necesidades realizadas desde las intervenciones de Salud Pública y desde Gestión Social Integral, con el fin de identificar los requerimientos más sentidos en salud a través de la indagación con actores sociales, para generar respuestas integrales que favorezcan la salud del individuo, la familia y la comunidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Conocer el estado actual de la salud a través del comportamiento de indicadores trazadores.
- Hacer uso de las lecturas de necesidades, con el fin de tener insumos que fundamenten el comportamiento de los datos cuantitativos.
- Triangular los datos con el fin de completar la información de tipo cualitativo y cuantitativo, teniendo presente las bondades y limitaciones que tiene cada tipo de análisis, de tal manera que se pase de la descripción a la abstracción de los mismos.
- Construir alternativas de solución traducidas en respuestas sectoriales (formulación de propuestas PIC 2011) e intersectoriales de acuerdo a las necesidades identificadas y su importancia en el impacto que se evidenciara a través del monitoreo de las metas del plan de desarrollo.

Con diferentes espacios como las unidades de análisis que comprenden todos y cada uno de los espacios en donde se realizan tanto recolección como análisis de información bien sea de fuentes primarias y/o secundarias; a continuación se define como se entiende esta clasificación:

Fuentes Primarias:

En esencia son los productos captados por el quehacer cotidiano de cada uno de los ámbitos y transversalidades.

Ámbitos: Aquellas en las que bajo la responsabilidad del referente se definen los mecanismos de seguimiento y evaluación de la recolección y orden de la información de fuentes primarias y secundarias de cada intervención del ámbito.

Referentes de proyectos de autonomía y transversalidades: Son las unidades de análisis en las que según acuerdos y dinámicas de cada espacio, se avanzó en el análisis de la información primaria y secundaria a través de matrices que permitan dar cuenta de las acciones desarrolladas desde el sector salud y los hallazgos encontrados en las lecturas de necesidades para avanzar en el análisis de situación de salud a partir del enfoque territorial, poblacional y diferencial; con la participación de los referentes de PDA y Transversalidad de los ámbitos de vida cotidiana.

En las unidades de análisis también se contó con la asistencia de los referentes de ámbitos con quienes se validaron los avances del proceso y se definieron posibles propuestas para la vigencia 2011.

Para el capítulo cuatro se consolidó información de fuente primaria y secundaria que permitió evidenciar el déficit de las acciones y la necesidad de articular respuestas en beneficio de la población que presenta mayor vulnerabilidad, finalmente se establecen acuerdos conforme a la información disponible desde las unidades de análisis y la situación encontrada.

Fuentes secundarias:

Son todos los productos obtenidos desde la fuente primaria y secundaria que permitieron profundizar en la construcción de análisis que se reflejan en los capítulos uno, dos y tres, los documentos de narrativas por territorios social y otros que por cada una de las transversalidades y proyectos de autonomía que contribuyen a la construcción para las intervenciones. Se consideran las áreas para toma de decisiones, consolidación integral entre lo asistencial y lo público en los espacios que a continuación se describen:

Equipos Técnicos Poblacionales: Antes denominados grupos funcionales; estos se realizaron en torno a temas particulares de cada etapa vital en concordancia con el plan de acción propuesto para la vigencia 2010. Se establecieron dos etapas por mes. Sin desconocer los documentos editados por entidades del Distrito y los que consolida la Secretaría Distrital de salud por determinantes sociales estructurales, intermedios y singulares.

Para el año 2010 el Hospital participó activamente en las mesas de trabajo de GSI, se avanzó en la descripción de los derechos y en la consolidación del documento de respuestas integrales.

1.

**1. ANÁLISIS DE LA
DETERMINACIÓN SOCIAL
DE LAS RELACIONES
TERRITORIO-POBLACION-
AMBIENTE**

1.1 Características ambientales y geográficas

La localidad de Mártires se encuentra ubicada en la zona céntrica de la ciudad. Cuenta con un área total de 654,6 hectáreas que corresponde al 1,7% del área urbana de Bogotá⁷, ubicándose según su extensión en suelo urbano en el puesto 17 entre las diecinueve Localidades urbanas del Distrito Capital.

El área en suelo urbano es de 654,58 hectáreas, que corresponde al 98% de la superficie total y las 8,83 hectáreas restantes son áreas protegidas. Esta localidad no tiene suelo de expansión ni suelo rural. Está conformada por 69 barrios con una superficie de 591 hectáreas. Comprende 4 microterritorios de Salud a Su Casa (SASC): Ricaurte la Fayette, La Fayette, Samper Mendoza 1 y Samper Mendoza 15. Se encuentra ubicada en el Centro Oriente de Bogotá D.C. Al norte limita con la localidad de Teusaquillo, al oriente con la localidad de Santa fe; al sur con la localidad Antonio Nariño y al occidente con la localidad de Puente Aranda. Cuenta con dos Unidades de Planeamiento Zonal, (UPZ): UPZ 102 La Sabana y UPZ 37 Santa Isabel. Mapa 1

La localidad se encuentra a una altura de 2.600 metros sobre el nivel del mar. Se ubica en la parte central de la ciudad, el suelo es compacto, presenta mayor humedad en la parte sur por la presencia del canal del río San Cristóbal. En cuanto el clima la localidad registra una temperatura media de 13.2 °C, una humedad relativa a 14 °C, una precipitación de 1000 y 1050 mm.

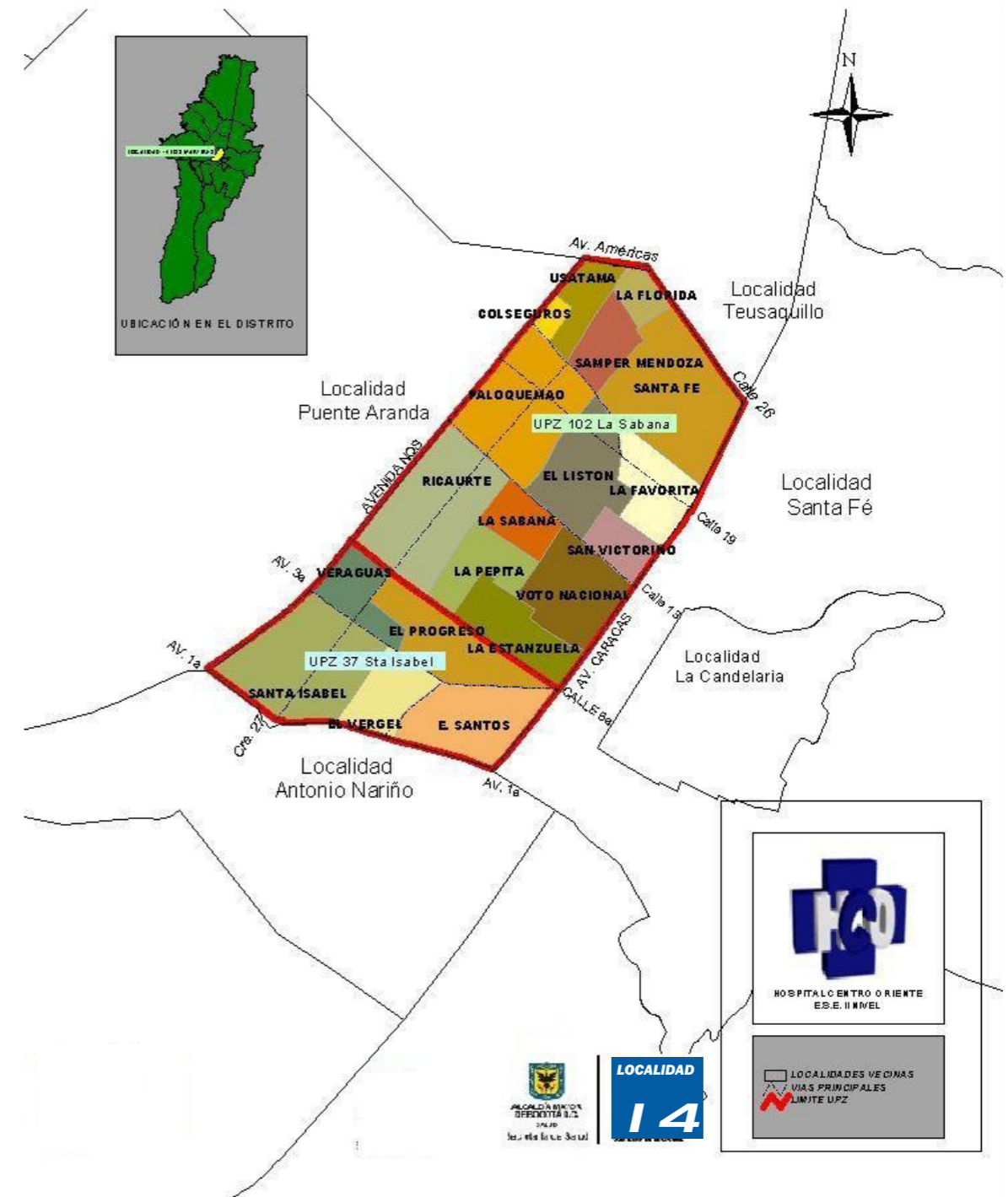
Desde el punto de vista geomorfológico, cuenta con suelos de tipo arcilloso de color gris oscuro con estratificación de formación tipo sabana al igual que toda Bogotá, con estratificación lentes de arena y grava e intercalaciones de ceniza volcánica de color gris blanuzco, sus niveles arenosos y de gravas son importantes para el almacenamiento de agua, su espesor alcanza los 320m. Sin embargo, allí se distinguen depósitos aluviales de terrazas bajas y altas y sus afloramientos son escasos, así, su delimitación se realiza con base geomorfológico⁸.

En relación con los usos actuales del suelo, en la parte sur de la localidad de Los Mártires predomina el uso residencial y en su costado norte predomina el uso comercial, por cuanto este sector hace parte del centro de Bogotá, constituyéndose parte de la centralidad Centro Histórico Internacional.⁹

Presenta un territorio plano por donde cruzan los canales del río Fucha San Francisco (Calle 13) y de Los Comuneros (Calle 6). Estos ríos están canalizados de manera tal que forman fronteras internas en la zona. El río Fucha determina por medio del canal que va de la avenida 1ra a la avenida 30, el límite sur de la localidad¹⁰ y las aguas descendientes del canal de la avenida de los Comuneros generan la división entre Ricaurte, considerado como la zona de los barrios de estratificación baja, y Santa Isabel, contemplado como el espacio de los barrios de estratificación media.

El suelo urbano del territorio distrital lo constituyen las áreas que, por contar con infraestructura vial, redes primarias de energía, acueducto y alcantarillado, hacen posible la urbanización o edificación. El suelo urbano de Mártires comprende un total de 651 hectáreas de las cuales 10 corresponden a áreas protegidas; en este suelo urbano se localizan 707 manzanas, que ocupan un total de 433 hectáreas¹¹

Mapa 1. División político administrativa. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C. 2010



Fuente: HCO. Gestión local, Diagnóstico local 2009.SDP. Coberturas localidades y UPZ, 2008.

7 Boletín Bogotá ciudad de estadísticas. Edición especial "Conociendo las Localidades de Bogotá". Julio de 2009
 8 CRUZ, Javier. Observatorio Social, Localidad de los Mártires, 2006
 9 Secretaria de Planeación. Conociendo la Localidad de Los Mártires. 2009. Pag 13
 10 <http://portal.urosario.edu.co/plazacapital/localidades.php?codigo=11Edición32>, diciembre9 de 2010
 11 Conociendo la localidad de Los Mártires: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. 2009. pag16

Las áreas protegidas son terrenos localizados dentro del suelo urbano, rural y de expansión que por sus características geográficas paisajísticas o ambientales tienen restringida la posibilidad de urbanizarse.¹² El 1.4% de la localidad de los mártires corresponde a áreas protegidas conformadas por zonas de ronda, parque distritales, en sus diversas escalas, áreas de interés ecológico y zonas ambientales de conservación.¹³

1.2 Reseña histórica

La Localidad Catorce fue denominada con el nombre de Los Mártires en honor a varios revolucionarios granadinos que, en defensa de sus ideales, encontraron la muerte a manos del virrey español Sámano, en desarrollo de su lucha en pro de la independencia de Colombia. Estos hombres y mujeres fueron abatidos en la “Huerta de Jaime”, hoy conocida como parque de Los Mártires, a través de la Ordenanza 112, la Cámara de la provincia de Santa Fe de Bogotá, dispuso cambiar el nombre del parque “La huerta de Jaime”, por el Parque de Los Mártires. Allí se honra, entre otros, a Policarpa Salavarrieta, Francisco José de Caldas, Mercedes Abrego, Antonio Baraya, Antonia Santos, Camilo Torres y Antonio José de Caldas. En su memoria fue erigido en 1850 un obelisco en el que se lee: “Es dulce morir por la patria”.

El parque de Los Mártires marca un hito en la historia de Santa Fe de Bogotá, ya que fue centro de la vida señorial, pueblerina y pintoresca de la época. En su costado sur, se levantó la famosa iglesia del Voto Nacional, en terrenos donados por Rosa Calvo Cabrera en 1891. Su construcción surge del voto de construir un templo con el fin de cesar la denominada guerra de los mil días. Se inaugura en 1914, siendo consagrada el 14 de septiembre de 1916.

Perteneció a los padres claretianos y posteriormente fue elevada a basílica por el Papa Pablo VI. En otro costado del parque halla el edificio en donde funcionó la facultad de Medicina de la Universidad Nacional y de otro lado se ubica el batallón guardia presidencia.

La ciudad de Bogotá empezó tempranamente a extenderse hacia el occidente siguiendo el recorrido marcado por el eje denominado en el siglo XVII, la Alameda nueva. Esta vía comunicaba el centro de la ciudad con la calzada que se dirigía a Puente Aranda y Fontibón. A mediados del siglo XVII fue tomando distintos nombres, es así como en el siglo XVII se denominó Camellón de occidente, en el siglo XIX Paseo del Prado, posteriormente Camellón de San Victorino y por último, Avenida Colón en 1938. (Calle 13).

Entre 1770 y 1790, la familia París construyó su casa de campo denominada San Façón. En esta zona, en 1908, se construyó el noviciado de Sans Façón y la iglesia gótica del mismo nombre; esta última inaugurada en 1918. Contiguo al noviciado se empezó a construir la estación de la Sabana la cual impulsó un gran desarrollo de la zona aledaña a la Avenida Jiménez, con la construcción de bodegas de almacenamiento de productos, como la Federación Nacional de Cafeteros.

Una herencia de esta fase de desarrollo de la ciudad es el comercio mayorista, principalmente de productos de abarrotes e insumos agrícolas, que se localiza en zonas aledañas a la Plaza España y al Parque de Los Mártires; y complementando con este marco se encuentra la Plaza de Paloquemao. El barrio Santa Fe fue morada de importantes familias de la localidad, principalmente de inmigrantes judíos. Actualmente, con el crecimiento de la ciudad, los habitantes de antaño se desplazaron hacia el norte y el barrio fue ocupado principalmente por inquilinatos y casas de prostitución.

El Cementerio Central, antiguamente denominado, Cementerio de los Ingleses, fue donado por el cabildo el 14 de diciembre de 1825 y puesto en servicio en 1830. Allí reposan los restos de personajes importantes de la historia de nuestro país como: Gonzalo Jiménez de Quesada,

¹² Artículo 34, ley 388 de 1987.

¹³ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Informes GEO Locales. Los Mártires. 2008. pág., 70

Francisco de Paula Santander, Mariano Ospina Pérez, José Fernández Madrid, José Asunción Silva, Gustavo Rojas Pinilla, Enrique Olaya Herrera, Miguel Antonio Caro, Marco Fidel Suárez, Rufino José Cuervo, Manuel Sanclemente, Laureano Gómez, Alfonso López Pumarejo, Gilberto Alzate Avendaño, Gabriel Turbay, Jaime Pardo Leal y Luis Carlos Galán, entre otros.

Entre 1881 y 1890 se construyó la capilla dedicada al Sagrado Corazón de Jesús y la plaza de madera, hoy plaza España; En sus primeros años esta última fue parque residencial y comprendía el área del parque España y sus alrededores. Inicialmente, en esta zona estaban ubicadas las tres plazas de mercado mayoristas de la ciudad: España, Peraza, y Matallana. Posteriormente, con la construcción de la Central de Abastos en Kennedy, se desalojaron estas plazas y parcialmente se trasladaron a la denominada plaza de Paloquemao y a la Central de Abastos.

Este traslado dejó muchas bodegas y construcciones vacías, que con el tiempo se fueron utilizando como guaridas de ladrones y vagos, dando así origen a un comercio de baja calidad, drogas y elementos robados. En la plaza España, junto a la cual funciona el colegio Agustín Nieto Caballero, trabajan los ropavejeros, área que fue terminal de transporte por muchos años y que todavía conserva ese carácter para las flotas y buses que viajan por la sabana de Bogotá, realizando su recorrido hacia municipios vecinos como Funza, Madrid, Facatativá y Mosquera, entre otros.

En 1904 se construyó el hospital de San José, con los planos adoptados por el arquitecto italiano Pietro Cantini, quien tomó como modelo el hospital policlínico de Roma; El hospital, de propiedad de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, fue inaugurado en 1925. En 1910 se fundó la Compañía de Cementos Samper y la primera planta de fabricados en concreto del país. En 1916 se inauguró la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, ubicada a un costado del parque Los Mártires. Años después se cedió este espacio al Instituto de Brigadas Militares y hoy en día, al Batallón Guardia Presidencial y reclutamiento del Ejército Nacional.

La estación de La Sabana se comenzó a construir en 1913 y se terminó en 1917, a su alrededor se tejía el agitado ir y venir de la gente, vida de ciudadanos en tránsito, de viajeros que se alojaban en numerosos hoteles circundantes y el punto de partida para los inmigrantes rurales.

Esta misma estación fue punto de llegada y partida de la belle époque, de la entonces Atenas Suramericana. Sería el corredor de los grandes negocios y transacciones que se realizaban en los acogedores restaurantes y cafés de sus alrededores, lugares predilectos de los cachacos de la época.

La estación del ferrocarril de La Sabana fue eje de muchas familias, que construyeron sus viviendas en esta zona en forma provisional, dando origen al barrio La Favorita y Santa Fe, por otra parte, la ubicación de este terminal ferroviario facilitó la construcción de una serie de bodegas de almacenamiento, especialmente hacia el sur oriente.

En 1921 fue inaugurado el edificio Manuel M. Peraza, sobre lo que hoy se conoce como la calle 13. Esta construcción marca un hito en la ingeniería y arquitectura colombianas, ya que fue el primer edificio de siete pisos que contó con ascensores en el país, en 1988 fue declarado monumento nacional. En el periodo comprendido entre 1948 y 1950 se inauguraron la clínica Bogotá y la iglesia de la Sagrada Pasión.

En lo referente a los acuerdos que dan nacimiento a la Alcaldía Local, se destaca el Acuerdo 26 de 1972 por medio del cual se crean dieciséis alcaldías menores del Distrito Especial de Bogotá, pasando Los Mártires a integrar, con otros barrios circunvecinos, la Alcaldía Menor de Los Mártires, administrada por el alcalde menor, correspondiéndole como nomenclatura el número 14, con límites determinados y siendo ratificada mediante acuerdo 8 de 1977. Posteriormente, la Constitución de 1991 le otorgó a Bogotá el carácter de Distrito Capital.

En 1992, la ley primera reglamentó las funciones de la Juntas Administradoras Locales, JAL, los Fondos de Desarrollo Local y de los alcaldes locales, y determinó la asignación presupuestal de las localidades. Por medio de los acuerdos 2 y 6 de 1992, el Concejo Distrital definió el número, la jurisdicción y las competencias de las JAL.

Bajo la normatividad anterior se constituyó la localidad de Los Mártires, conservando sus límites y nomenclatura, administrada por el alcalde local y la JAL, con un total de 7 ediles. Finalmente, el Decreto-Ley 1421 de 1993 determina el régimen político, administrativo y fiscal bajo el cual operan hasta hoy las localidades del Distrito.

Debido al proceso de deterioro social y de infraestructura que ha sufrido la localidad de Los Mártires, y por ser patrimonio histórico para el Distrito Capital, actualmente se encuentra dentro del proyecto de recuperación de la zona céntrica de la ciudad. 14

1.3 Zonas de Riesgos Ambientales

De acuerdo con el apartado de situaciones de riesgo y emergencia del Diagnóstico de Seguridad para la localidad de Los Mártires 2005 15, un estudio realizado para este diagnóstico reporta que en la localidad la gran mayoría de los hogares perciben que sus viviendas no se encuentran en riesgo, presentando el registro más alto de seguridad 98.4% -casi 10 puntos por encima de la media de la ciudad 88.8%- y solo un 0.8% de sus hogares se sienten en riesgo, principalmente de hundimiento de terreno (0.6%), que tan solo es una cuarta parte de la media de Bogotá (2.3%). Adicionalmente la Dirección de Prevención y Atención de Emergencias DPAE diagnóstica los riesgos, en 55 predios por Amenaza Ruina; por Emergencias 1 predio y por Riesgos Estructurales 3, para la localidad en el 2005.16

Amenaza Sísmica

Según el estudio de Microzonificación Sísmico de Bogotá, la Localidad de Los Mártires, “puede presentar un alto grado de afectación para la población, la infraestructura de servicios y el medio ambiente. De presentarse un sismo, la localidad podría verse afectada en un porcentaje de daños del 15 y 20% en los barrios Ricaurte, La Pepita, Usatama, Samper Mendoza, Paloquemao y la Estancuela; principalmente desde la calle 6 hacia el límite sur de la localidad entre carreras 13 y 30. La afectación podría ser menor entre el 5 y 10 % correspondiente a los barrios como Veraguas, El Vergel, Santa Isabel sur y Eduardo Santos”. 17

Meteorología y Fenómenos de Remoción en Masa

De acuerdo con el Panorama General de Remoción en Masa, presentado por la Dirección de Atención y Prevención de Emergencias (DPAE), hay ciertas condiciones que influyen en la ocurrencia de fenómenos de remoción en masa como las características topográficas, la actividad sísmica, ubicación en la zona tropical y los altos valores de precipitación¹⁸; teniendo en cuenta que la localidad de Los Mártires registra una temperatura media de 13.2 °C, una humedad relativa a 14 °C,

una precipitación de 1000 y 1050 mm¹⁹. “La localidad se caracteriza por presentar una superficie plana en toda su extensión, su suelo es compacto y registra mayor humedad en la parte sur por la presencia del canal del río San Cristóbal”²⁰. Teniendo en cuenta esta información resulta poco probable que se presenten fenómenos de remoción en masa en la localidad.

A continuación se muestra la Bitácora de eventos presentados para la a localidad de Los Mártires durante el año 2010:

| EVENTO | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Accidente de tránsito | 3 | 2 | 4 | 7 | 5 | 1 | 0 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 32 |
| Caída de árbol | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | w0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Colapso de estructura | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Conato de incendio | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 22 |
| Daño en redes de servicio públicos acueducto | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Daño en redes de servicio públicos energía | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| Daño en redes de servicio públicos gas | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 9 |
| Daño o falla estructural | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Derrame de sustancias químicas peligrosas | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Encharcamiento | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| Enfermedad o Traumatismo | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 9 |
| Escape de gas | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Explosión | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Fuga de sustancias químicas peligrosas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Granizada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Incendio Estructuras | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 1 | 1 | 10 |
| Otro | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| Poda y Tala | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |

14 Diagnóstico local de salud con participación social. Localidad Los Marties.2008.pag 29

15 Alcaldía Local de Los Mártires. Diagnóstico de Seguridad para la Localidad de Los Mártires. Bogotá D.C. 2005.

16 DANE-Secretaría de Planeación Distrital (antes DAPD), Encuesta Calidad de Vida 2003. Tabla 2. Actualizada el 11 de febrero de 2004.Las opciones de respuesta no eran excluyentes

17 INGEOMINAS, et al. Microzonificación sísmica de Santa Fe de Bogotá: Informe de prensa. Bogotá D.C., Colombia. 1997.

18 DPAE. Panorama general de remoción en masa. Bogotá D.C., Colombia. 2006.

19 DÍAZ, Valentina. Plaza Capital Universidad del Rosario Periodismo y Opinión Pública. Edición 32, Bogotá D.C., Colombia 2010.

20 Alcaldía Mayor de Bogotá. Diagnóstico Local de Participación Social Mártires Localidad 14. Bogotá D.C., Colombia. 2005.

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|------------|
| Quemas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Riesgo de colapso estructural | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Vendaval | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| TOTAL | 13 | 7 | 10 | 10 | 23 | 8 | 5 | 10 | 11 | 10 | 6 | 6 | 119 |

Fuente: FOPAE. Consolidado Bitácoras para la Localidad de Los Mártires enero a diciembre 2010.

1.4 Características Político Administrativas

Desde el plan de ordenamiento territorial (POT), las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) son los territorios conformados por un conjunto de barrios que mantienen una unidad morfológica o funcional y que se localizan en las zonas de suelo urbano y suelo de expansión. Su objeto es ser un instrumento de planeación, a escala zonal y vecinal, que condiciona las políticas generales del POT con respecto a las condiciones específicas de un conjunto de barrios. De acuerdo con el plan de ordenamiento territorial la localidad de Los Mártires tiene 2 UPZ, Santa Isabel y La Sabana una de tipo comercial y la otra de tipo residencial consolidado.

La UPZ Santa Isabel se ubica al sur de la localidad de Mártires, tiene una extensión de 200 hectáreas, equivalentes al 30,8% del total del suelo de esta localidad; de esta superficie 3 hectáreas corresponden a zonas protegidas. Esta UPZ limita, por el norte, con la avenida de Los Comuneros (calle 6); por el oriente, con la avenida Caracas (carrera 14); por el sur, con la avenida de La Hortúa (calle 1ª) y avenida Fucha (calle 8a sur), y por el occidente con la avenida Ciudad de Quito (carrera 30).

La UPZ La Sabana se localiza en el norte de la localidad de Mártires; tiene una extensión de 451 hectáreas, de las cuales 8 corresponden a suelo protegido. Esta UPZ limita, por el norte, con la avenida de Las Américas y la calle 26; por el oriente, con la avenida Caracas (carrera 14); por el sur, con la avenida de Los Comuneros (calle 6), y por el occidente, con la avenida Ciudad de Quito (carrera 30). Mártires tiene un total de 21 barrios con una superficie de 591 hectáreas, los cuales se relacionan en la tabla 1. La UPZ La Sabana concentra la mayor cantidad de barrios con 16, y la UPZ Santa Isabel presenta 5 barrios.21

Tabla 1. Distribución de Barrios por UPZ. Localidad los Mártires, Bogotá D.C, 2010

| UPZ | BARRIO | UPZ | BARRIO |
|------------------------|----------------|---------------|----------------|
| 37 SANTA ISABEL | Eduardo Santos | 102 LA SABANA | Colseguros |
| | El Progreso | | El Listón |
| | El Vergel | | Florida |
| | Santa Isabel | | La Estanzuela |
| | Veraguas | | La Favorita |
| | | | La Pepita |
| | | | La Sabana |
| | | | Paloquemao |
| | | | Panamericano |
| | | | Ricaurte |
| | | | Samper Mendoza |
| | | | Sans Façon |
| | | | San Victorino |
| | | | Santa Fe |
| | | | Usatama |
| | | | Voto Nacional |
| TOTAL LOCALIDAD | | | 21 |

FUENTE: Secretaría distrital de planeación. Listado de Barrios por UPZ. Localidad los Mártires.2010.

1.4.1 Zonas de condiciones de vida y salud

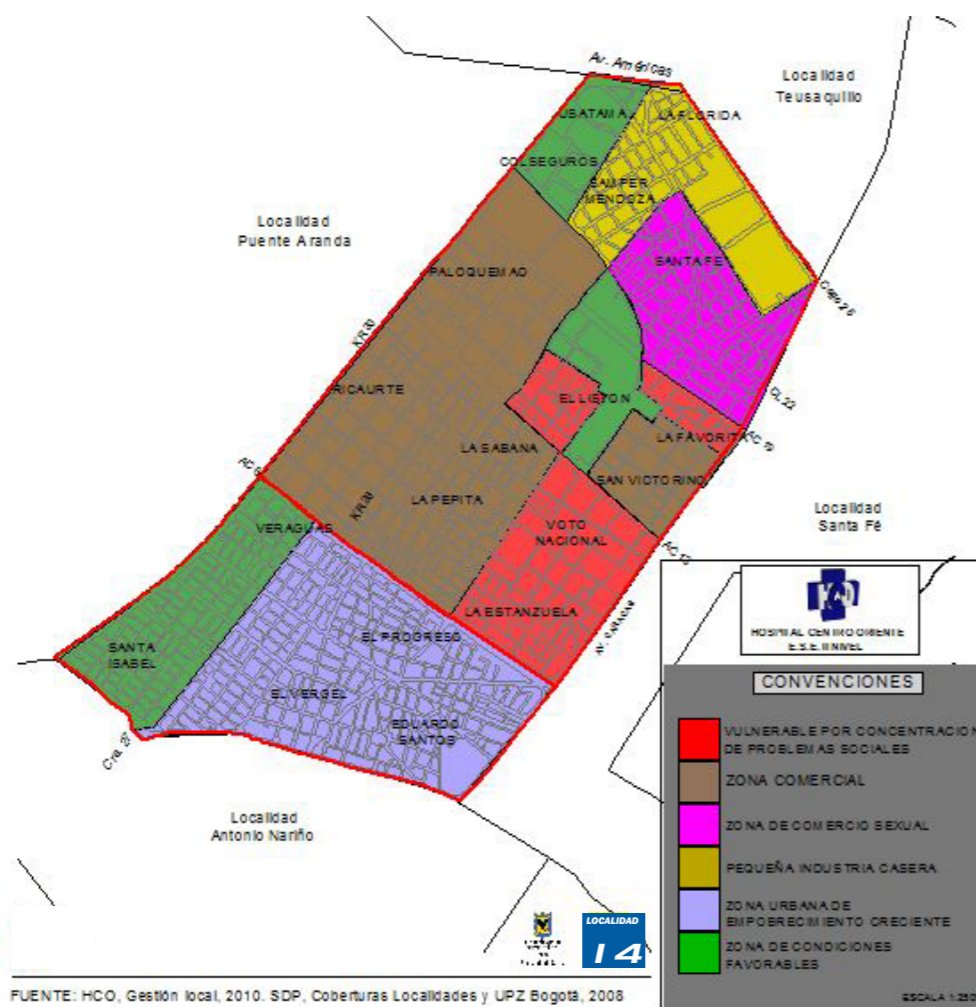
Las condiciones de vida y salud en las distintas zonas, establecen una división del territorio que va más allá de los criterios utilizados en la definición de las unidades de Planeación Zonal. Otra manera de ver el territorio son las zonas de condiciones de vida y salud de acuerdo con el modelo de determinantes, que tiene en cuenta las relaciones de producción y consumo que se tejen en la localidad, las cuales traen perfiles de deterioro y protección para las personas que habitan en un territorio concreto y en las consecuencias que se aprecian a través de las formas de enfermar y morir.

En el año 2003 se definieron a partir del sector salud (6) zonas de condiciones de calidad de vida para la localidad lo que permitió establecer diferencias entre los territorios, los grupos y sus necesidades, a la vez que explicar las mismas desde una mirada compleja que da cuenta de los dominios general, particular y singular. El comportamiento y dinámica poblacional de la localidad de Los Mártires se ve reflejado en estas seis zonas de condiciones de vida como se observa en el mapa 2. La intervención interinstitucional – intersectorial y la asignación de recursos deben ir orientados a responder las inequidades y desigualdades que se manifiestan en cada una de las zonas con el fin de avanzar en la garantía del derecho a la salud. 22

Zona de Comercio Sexual: reconocida como zona legalizada de ejercicio de prostitución según el Decreto 187 de 2002, ubicada al nororiente de la localidad sobre la avenida Caracas y comprende los barrios de Santa Fe y La Favorita. Las personas dedicadas a esta actividad, trabajan en la localidad, pero residen en diferentes sitios del Distrito, constituyendo uno de los grupos con alta vulnerabilidad, bajo las cuales se ofertan y se demandan los servicios sexuales.

Gran parte de esta población no se encuentra afiliada al Sistema general de seguridad social (SGSSS) restringiéndosele el acceso a los servicios de salud; quienes a pesar de contar con aseguramiento en régimen contributivo, no tienen acceso a los servicios, por estar cada tres meses rotando por diferentes ciudades del país. Las personas pertenecientes a esta población poseen baja autoestima y serias dificultades en la realización de sus proyectos de vida. Fenómenos como violencia intrafamiliar y sexual, maltrato infantil, consumo de sustancias psicoactivas, delincuencia, se encuentran asociados a esta población, aumentando su vulnerabilidad a las Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre otras. Las enfermedades más comunes en este tipo población son: Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); Hepatitis A. Se presenta una problemática social en el sector derivada de que dicha población, por no cumplir con los pactos de convivencia establecidos.²³

Mapa 2. Zonas de Condiciones de Calidad de Vida y Salud. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C, 2010.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico Local 2008.

Zona Vulnerable por concentración de problemas sociales: comprende los barrios San Victorino, Voto Nacional, La Estanzuela, La Sabana y la Pepita. Esta zona ha recibido población desplazada especialmente indígena y de otras regiones del país, además de habitantes de calle y personas que consumen sustancias psicoactivas, ubicadas principalmente del área del Cartucho. Los sitios dentro de la zona con mayor problemática lo representan las denominadas calles del Bronx y cinco huecos, donde se ubican principalmente habitantes de la calle y consumidores de drogas. Las edificaciones y lotes del sector han venido siendo invadidos por estas personas, con asentamientos para vivienda y reciclaje, favoreciendo la proliferación e infestación de roedores a las viviendas aledañas al igual que a los sectores comerciales. La delincuencia común, el expendio de sustancias psicoactivas, venta de armas y la pérdida de la seguridad ciudadana se ha incrementado acelerando los procesos de descomposición del tejido social.

Zona Urbana de Empobrecimiento Creciente: comprende el barrio Eduardo Santos y está definida por población tradicional, pensionados en su gran mayoría que han tenido que suplir las necesidades de vivienda y alimentación de sus hijos adultos con sus respectivas familias, producto del progresivo empobrecimiento de la clase media. En este barrio vienen prosperando grupos al margen de la ley, y ha debido emplear las antiguas casas de vivienda familiar en inquilinatos.

La localidad de Mártires sintetiza en buena medida la problemática social y económica de la ciudad. Un problema de grandes consecuencias es el desplazamiento de los habitantes de la calle que estaban ubicados en otros sectores y localidades, y que han traído consigo malos hábitos de aseo, prostitución, hacinamiento, arriendo de cuartos en hoteles no adecuados y por ende cambio de viviendas a Inquilinatos, sin el debido permiso y la intervención de las autoridades competentes en temas de salubridad, proliferación de residencias, estructuras arquitectónicas no aptas para todas las actividades comerciales y/o industriales.

Se desarrolla una gran variedad de actividades que abarcan la mayoría de tipos de riesgo químico, según la clasificación de sustancias peligrosas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), lo cual genera contaminación del suelo y del agua con sustancias como gasolina, aceites lubricantes, grasas, solventes, acumulación de chatarra, entre otros. Adicionalmente la presencia de palomas, vectores plaga que contribuyen al deterioro del ambiente. En los barrios Ricaurte y Estanzuela, se identifica un inadecuado uso del espacio público por parte de talleres de mecánica y comercialización de autopartes, así como el sistema de alcantarillado en mal estado. Deterioro de la calidad del aire por presencia de partículas y gases originados por fábricas de muebles y bodegas de madera. La contaminación visual y auditiva está directamente vinculada a la sobreoferta de publicidad exterior (vallas, avisos, pendones, pancartas y pasacalles) empleada por establecimientos comerciales y pequeñas industrias ubicados sobre las principales vías de la localidad (carreras 5, 7, 10, 13, calles 13, 24 y 26 y las Avenidas Caracas y 19) En el Canal ubicado en la Calle 6 entre la carrera 27 a las carrera 30, se evidencia la presencia de ciudadanos habitantes de calle, quienes utilizan las aguas y la ronda del Canal como baño público y vivienda.

Zona Comercial: comprende los barrios Paloquemao, El Listón, Ricaurte y San Andresito, con el comercio de todo tipo de bienes y servicios. En esta zona, se produce gran volumen de desechos reciclables, lo que ha estimulado el desplazamiento continuo de recicladores y habitantes de calle que diseminan las basuras en la vía pública especialmente en el tramo de la carrilera del ferrocarril comprendido entre la carrera 19 y la carrera 23. Convirtiendo estos lugares en sitios para la proliferación de vectores plagas y perros callejeros.²⁴ Adicionalmente, existe un porcentaje destinado al uso industrial, dentro del cual se ubican fábricas que emiten residuos y partículas volátiles que sobrepasan el límite permitido.

Se presenta alto grado de contaminación visual, asociado a la presencia de avisos de los negocios; siendo los sitios de mayor contaminación visual la Avenida Caracas entre calles 11 sur y 26 y las áreas comerciales como el sector de la Estanzuela (calles 6ª a 11 entre carreras 14 y 19). Debido a la circulación del viento, la localidad recibe la polución proveniente de la Zona Industrial de Puente Aranda, las concentraciones medias anuales de polución son de 91%, por encima del nivel permisible (76,8 microgramos por milímetro cúbico), constituyéndose esta situación en un grave riesgo para los habitantes de la localidad. Es importante señalar que la contaminación del aire por material particulado no es un factor causal directo de morbilidad respiratoria aguda, sino un factor asociado, que en combinación con otros factores como la desnutrición, la contaminación intradomiciliaria, las deficientes condiciones higiénicas, la falta de vacunación, entre otras, produce un aumento de enfermedades pulmonares.

La presencia de residuos sólidos en espacios públicos dentro de la localidad es originada principalmente en el sector comercial y por zonas de concentración de habitante de calle (Bronx, La Pepita, la Estanzuela, un sector del barrio Santa Fe), los cuales la movilizan o dispersan especialmente en los sitios donde se ubican establecimientos dedicados al acopio de materiales para el reciclaje.

Zona De Pequeña Industria Casera: comprende los barrios Panamericano y Samper Mendoza. La zona ha sido tradicionalmente residencial, aunque cuenta con la presencia de talleres de mecánica fijos y ambulantes, estos se ubican especialmente sobre la calle 22 y 24. La cercanía de esta zona con la plaza de mercado de Paloquemao, la expone a la presencia de basura, recicladores, roedores y vectores. Existe una reducción del espacio público, en sectores como los cruces con las vías arterias, es decir, la Avenida Caracas, la carrera 21 y la Avenida 1ª.

Zona de Condiciones Favorables: en ella se concentra la Zona residencial que comprende los conjuntos: Colseguros, Usatama, San Facón, Santa Isabel y Veraguas. De los conjuntos residenciales Colseguros, San Facón y Usatama es poco lo que se sabe debido a la pobre participación de la administración en actividades locales. En cuanto al barrio Santa Isabel, anteriormente fue habitado por personas que comerciaban esmeraldas; estos fueron abandonando el sector y en la actualidad, que ha aumentado el empobrecimiento de la ciudad, de sus habitantes; estos se vieron obligados a aumentar sus ingresos con la división de la vivienda en comercial y residencial; los problemas de medio ambiente en esta zona se caracterizan por altos índices de contaminación auditiva y ambiental, inadecuado manejo de las basuras que ha generado la proliferación de plagas y vectores, malas prácticas en el cuidado de las mascotas, deterioro de los parques y mal estado de las vías. Es de destacar que en los Colegios Distritales San Francisco de Asís, Eduardo Santos y Menorah se presentan deficientes condiciones en saneamiento básico y deterioro del medio ambiente.

Operación Estratégica del Centro

La Operación Estratégica del centro (plan zonal centro), marcha en Bogotá desde 2007, se define en el papel como una política con pretensiones de rehabilitar y modernizar el Centro de la capital. Contiene acciones urbanísticas, intervenciones físicas, sociales, económicas e instrumentos de gestión, para consolidar la estrategia de ordenamiento establecida en el plan de ordenamiento territorial de Bogotá, aprobado por el decreto distrital 492 de 2007. Pretende fortalecer una de las centralidades de mayor concentración de actividades económicas y de gran potencial para el diseño de estrategias de integración de la ciudad con la región, el país y otras naciones, a través de la protección del patrimonio cultural y la promoción de la renovación urbana. (Artículo 24 del Decreto 190 de 2004).

Con el paso de los años se observan varios hechos de transformación del territorio, como la recuperación de la zona del Cartucho, dándose el desalojo de sus habitantes, lo cual duró varios años, cuadra a cuadra, los habitantes de calle apoderados de “las casas de nadie” en el viejo barrio

Santa Inés, fueron desalojados, para dar paso, a la construcción del parque Tercer Milenio. Este grupo poblacional se ubica en los alrededores de la iglesia del Voto Nacional, el Bronx, barrios San Bernardo y otros.

En la operación estratégica del centro de Bogotá convergen todas las acciones y actuaciones urbanas necesarias para mejorar las condiciones sociales y económicas de los residentes y usuarios de este sector, y su calidad ambiental y urbana. Su fin último es garantizar la armónica convivencia de diversos estratos y usos que posibiliten la inclusión social y el desarrollo de actividades que incrementen la competitividad de la ciudad.

El componente urbano de la operación está orientado por tres conceptos básicos: un centro diverso, un centro incluyente y un centro sustentable. Estos principios buscan la consolidación de la oferta de bienes y servicios del centro de Bogotá para dinamizar las ventajas derivadas de su estructura urbana bajo una normativa orientada a la competitividad. Con esto se busca que en el futuro el centro de la ciudad sea un espacio ambiental, histórico, cultural, turístico, residencial, económico, administrativo, comercial y de servicios con un alto nivel de competitividad, con vocación de liderazgo estratégico y referente cultural de la región.

Este escenario se logrará mediante políticas, programas y proyectos que garanticen el mejoramiento de la competitividad económica, la inclusión e integración social y el respeto y promoción de la cultura y el medio ambiente, en el marco de un proceso equitativo e incluyente. 25

Tiene efectos en cuatro localidades y nueve UPZ así: localidad Candelaria: UPZ Candelaria (94); localidad Santa Fe: UPZ Sagrado corazón (91), La Macarena (92), Las nieves (93), Las cruces (95) y Lourdes (96); localidad Los Mártires: UPZ Sabana (102) y Santa Isabel (37) y localidad Teusaquillo: UPZ Teusaquillo (101).

Territorialmente, el Plan Zonal del Centro de Bogotá implica redistribución de suelos, rehabilitación de infraestructuras arquitectónicas y dotacionales, así como la generación de interconexiones mediante equipamientos o foros peatonales, con nuevos usos del suelo para espacios antes destinados sobre todo a uso residencial, en vivienda unifamiliar para ofertar apartamentos en torres.

Las principales directrices para el desarrollo de esta operación son el fortalecimiento y posicionamiento del centro como nodo internacional, nacional y regional, la protección del patrimonio cultural y la promoción de la renovación urbana. Las Operaciones Estratégicas concentran diferentes tipo de intervenciones (en vías, parques, edificios) y, a través de los planes zonales se planifican con una visión a largo plazo de lo que se debe hacer, evitando que se realicen sólo las de corto plazo.

Este plan orienta la inversión a corto, mediano y largo plazo en el territorio, define criterios y lineamientos generales para el ordenamiento territorial y preciso lineamientos relativos a: Infraestructura, a espacio público, a equipamientos colectivos, a usos y a tratamientos. El Plan Zonal Centro, en la localidad los Mártires, intervendrá las UPZ 37 y 102 así: UPZ 102 La Sabana sector con predominio de comercio y sitios emblemáticos, en esta, el plan zonal centro, propone renovación para proyectos urbanos y corredores ecológicos además fortalecimiento de usos comerciales UPZ 37 Santa Isabel. Sector con predominio de vivienda, en esta UPZ, el plan zonal del centro propone la consolidación de los sectores en usos y actividades y la renovación urbana para los bordes de las avenidas comuneros, La Hortúa, Caracas y NQS.

Resulta oportuno señalar que durante el proceso de consulta y participación ciudadana se han generado algunos conflictos sociales con el proyecto, entre ellos, la propuesta de generación de espacio para construcción de nuevas vivienda que implicaría desalojar residentes actuales y su traslado a otras zonas de la ciudad, con lo cual no estarían de acuerdo. Igualmente el Plan es deficiente en una propuesta ambiental integral, la cual requiere de mayores análisis.

La gestión Social Integral y el Plan Centro

Frente a este hecho, la Gestión Social Integral recopila y analiza la información disponible y empodera a las comunidades de la localidad y a las instituciones para lograr el avance de la ciudadanía en la comprensión de sus problemáticas, buscando que las comunidades, apoyadas por los diferentes actores inscritos a estos procesos y bajo criterios de movilización y concertación, elaboren una propuesta que conduzca a negociar los intereses de los actores locales que se verán afectados por el desarrollo del Plan, y condensar en dicha propuesta los aspectos nocivos que se llevarán a negociar y buscar cohesión en los aspectos positivos que contenga el plan.

La Junta de Acción Local (JAL), principalmente, ha realizado planteamientos acerca del Plan Centro, buscando generar una veeduría y una propuesta frente a los aspectos presupuestales en los cuales incidirá el plan: “nuestra visión sobre el Plan Centro contiene la exigencia de conocer cómo se transfiere el diferencial de impuestos a las comunidades y a quienes favorecen la implantación de los nuevos capitales; por tanto debe considerar los siguientes aspectos: Social, histórico, cultural, ambiental y sostenibilidad social - económica la ciudad.” 26 En este sentido cabe agregar que la discusión del Plan no ha terminado para la Junta Administradora Local y que, por el contrario pasa a ser un tema de vital importancia para la localidad.

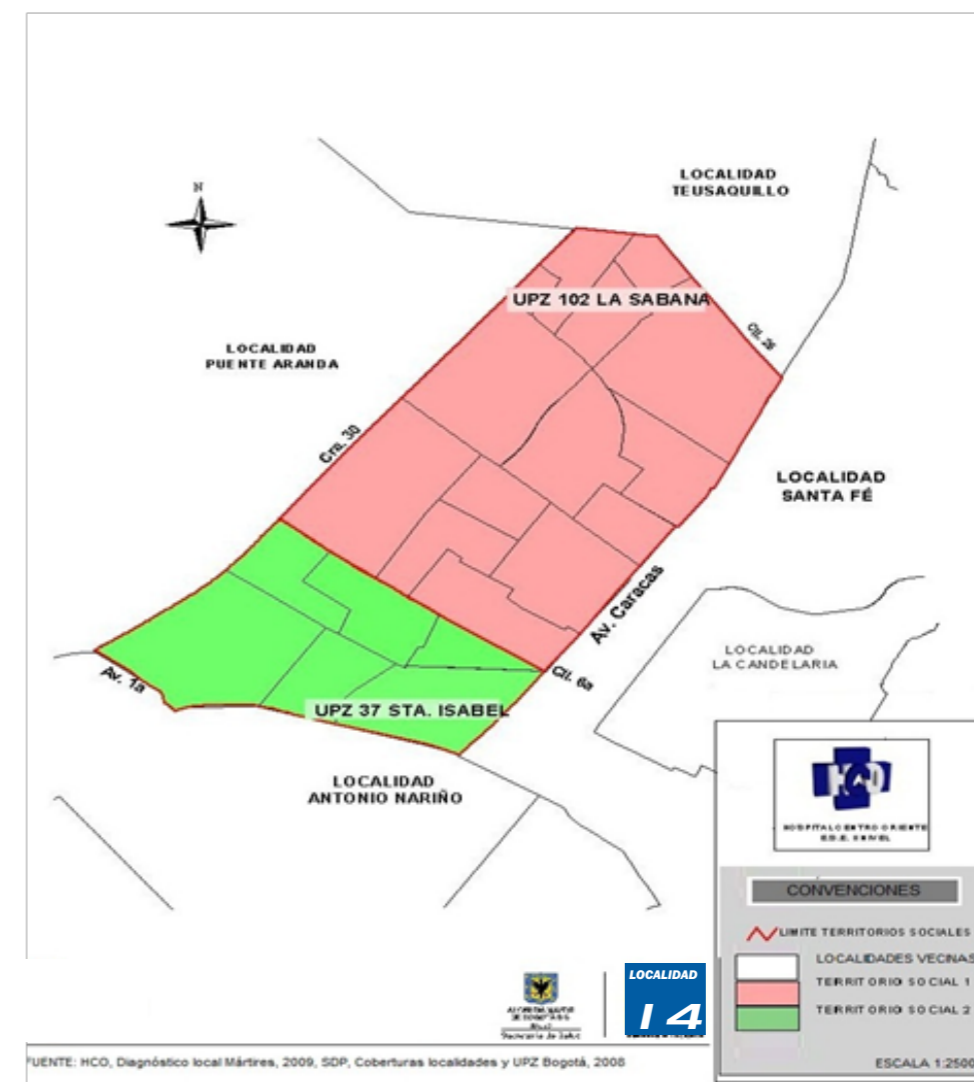
1.4.2 Territorios Sociales

A partir de la concertación realizada entre Hospital Centro Oriente, Consejo Local de Gobierno, CLOPS Consejos Locales Operativos, UAT, Unidad de Apoyo Técnico, Consejo Local integral de Participación (CLIP) Equipos Transectoriales y Mesas Territoriales, se establecieron dos territorios sociales correspondientes a las dos UPZ de la localidad, con el fin de intervenirlas transectorialmente según la estrategia de Gestión Social Integral; es de anotar que en el 2010 se incluye un nuevo territorio social definido por el Alcalde Local denominado territorio social de industriales y comerciantes, sin embargo, cabe aclarar que esté territorio no es diferente a los territorios sociales 1 y 2 geográficamente focalizados, pues quienes lo conforman se encuentran distribuidos en los territorios 1 y 2. En el mapa 3 se ilustran los territorios definidos para la localidad.

Territorio social 1, la Sabana (102), se ubica al norte de la localidad y su límite es la avenida Los comuneros; los barrios más representativos son: Ricaurte, Paloquemao y San Victorino, así mismo, zonas de patrimonio histórico de la ciudad como El Voto Nacional y La Estación de La Sabana, territorio de alto impacto social como el barrio Santa Fe y Pepita. Limita por el Norte con la Avenida de Las Américas y la Avenida Jorge Eliécer Gaitán (Calle 26), por el Oriente con la Avenida Caracas (Kra 14), por el Sur con la Avenida de Los Comuneros (Calle 6 a); y por el Occidente con la Avenida Ciudad de Quito (Kra 30 NQS). Este territorio cuenta con 16 barrios que en la actualidad están siendo impactados por el plan centro, el cual busca llevar a cabo Intervenciones arquitectónicas, urbanas y sociales sobre el espacio construido, en zonas de la ciudad que se encuentran en condiciones de deterioro, o que presentan potencial de un mayor aprovechamiento dadas sus condiciones de localización estratégica con respecto a los usos y actividades que tienen lugar dentro de ésta.

En este territorio existe una mayor variedad de usos del suelo que en la UPZ 3727. Hay un área clasificada como residencial neta, correspondiente a Colseguros y Usatama, la cual ha permanecido ajena a las acciones institucionales que tradicionalmente se han concentrado en barrios de fragilidad social como: La Favorita, el Voto Nacional, donde se localiza la calle del Bronx, y La Pepita; entre otros. También hallamos un área un poco mayor, correspondiente a Zona Residencial con Actividad Económica, mientras que cerca del 50 % del suelo de la UPZ (el sector central de la UPZ desde el límite occidental hasta el oriental) corresponde a Zona de Comercio Cualificado (Zonas y ejes consolidados de escala metropolitana y urbana, conformados por establecimientos comerciales de ventas al detal) especialmente hacia el sector de San Victorino y San Andresito, sectores de la localidad donde se encuentran sitios comerciales, industriales y de prestación de servicios que atraen alta población flotante.

Mapa 3. Territorios Sociales. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C, 2010



Fuente: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local, 2009.

El territorio social UPZ 37 Santa Isabel: limita este territorio por el Norte con la Avenida de los Comuneros (Av. Calle 6a), por el Oriente con la Avenida Caracas (Kra 14) por el Sur con la Avenida de la Hortúa (Calle 1a) y la Avenida Fucha (Calle 8a Sur); y por el Occidente con la Avenida Ciudad de Quito (Kra 30 a NQS). La UPZ cuenta con Seis (6) Barrios (Eduardo Santos, el Progreso, el Vergel, Santa Isabel, Santa Isabel Sur y Veraguas) en los cuales predomina el estrato tres (3), El origen de estos barrios data de los años veinte, los más cercanos al centro, y de las décadas de los cuarenta y cincuenta los más alejados y que hoy lindan con la Avenida Cra. 30 (NQS), una de las características de las casas que allí se encuentran, se relaciona con la presencia de grandes antejardines que han venido siendo objeto de encerramiento por parte de sus dueños o cuidadores como medida de prevención por los altos niveles de inseguridad depósitos de residuos sólidos y presencia de habitante de calle, quienes con el pasar del tiempo se han venido desplazando a estos lugares de residencia.

Lo conforma la UPZ Santa Isabel, en donde se ha identificado la zona vulnerable por concentración de problemas sociales, pequeña industria casera, comercial, con los micro territorios San Victorino, Voto Nacional, Estanzuela, la Sabana y la Pepita, y la zona Urbanizada de Empobrecimiento Creciente con los micro territorios; Eduardo Santos, El Progreso y Santa Isabel.

1.4.3 Microterritorios estrategia Salud a su Casa (SASC)

En salud el territorio ha sido abordado desde la estrategia de Salud a su Casa (SASC), definiendo (4) Microterritorios en la localidad²⁸, en los que se ha realizado la caracterización de las familias de estratos 1 y 2 de la localidad; de la siguiente manera:

Micro territorio 1: comprende los barrios la favorita, el listón, Samper Mendoza y Santa fe; se encuentra ubicado en la localidad 14 los Mártires. En este microterritorio se caracterizó el 7% del total de familias de la localidad²⁹, se puede observar te la mayoría de habitantes del microterritorio son mujeres, con un 52.49% del total de la población, la población masculina representan el 47,50% de la población; a pesar de mostrar un mayor número de mujeres, se puede decir que hay equilibrio entre los sexos en este sector. Este microterritorio presenta un porcentaje alto en niños y jóvenes, lo que hace que se presente un alto crecimiento poblacional. En cuanto al género, el mayor porcentaje de población masculina se encuentra dentro del quinquenio de 05-09 años con un 13% del total de los hombres del microterritorio, para el género femenino el mayor porcentaje de mujeres se encuentra dentro del quinquenio de 05-09 con un 12% del total de la población femenina del microterritorio. Se observa que la mayoría de la población, tanto para los hombres como para las mujeres, se encuentra en la etapa de ciclo vital de infancia, por lo tanto, este microterritorio concentra un gran número de niños, quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, pues están en sectores donde se concentran los problemas sociales, especialmente el comercio sexual.

Micro territorio 4: conformado por los barrios La Estanzuela, La Sabana, Voto Nacional y La Pepita. En este microterritorio se caracterizó el 7% del total de familias de la localidad, la mayoría de habitantes del microterritorio son mujeres con un 50.88% (2482), del total de personas caracterizadas, la población masculina representa el 49,11% (2396) de la población encuestada. Predomina la población joven y adulta³⁰ lo que hace que prevalezca una población económicamente activa, pero debido a la situación que se vive en la localidad por el desempleo. Estas personas se dedican a actividades laborales informales, no existe un contrato de vinculación laboral de los

trabajadores, baja remuneración de su trabajo y falta de afiliación al régimen de seguridad social; esta situación la deben afrontar ya que esta población, en su mayoría, es la encargada del sustento de su familia.

Micro territorio 15: comprende los barrios Santa Fe, Panamericana y Samper Mendoza. Estos barrios pertenecen al territorio social 1 y a la UPZ 102. En este microterritorio se caracterizó el 4% del total de familias de la localidad. La mayoría de habitantes del microterritorio son mujeres, con un 54.60% del total de la población, la población masculina representa el 45,39% de la población encuestada. Muestra un porcentaje alto en niños y jóvenes, lo que hace que se presente un alto crecimiento poblacional, es de mencionar el aumento en la esperanza de vida en el microterritorio, donde el porcentaje de personas de 75 y más años corresponde a un 16% del total de la población caracterizada en este territorio (2619 personas). Para el género masculino, el mayor porcentaje de población se encuentra dentro del quinquenio de 0-04 años con un 9% del total de los hombres del microterritorio, para el género femenino el mayor porcentaje de mujeres se encuentra dentro del quinquenio de 0-04 con un 8% del total de la población femenina.

Microterritorio 16: comprende los barrios Vergel, Santa Isabel, Eduardo Santos y Progreso. En este microterritorio se caracterizó el 4.5% del total de familias de la localidad³¹, la mayoría de habitantes del microterritorio son mujeres encontrando 1480 y población masculina 1178 de la población encuestada. El mayor porcentaje de población masculina se encuentra dentro del quinquenio de 0-4 años con un 9% del total de los hombres del microterritorio, para el género femenino el mayor porcentaje de mujeres se encuentra dentro del quinquenio de 25-29 con un 8% del total de la población femenina del microterritorio. Las familias viven en apartamentos, correspondientes al 36% del total; seguido de quienes viven en piezas, que corresponde al 33% de las familias, luego están quienes habitan en casas, (el 30%, de total de familias), donde las personas cuentan con todo el espacio de la vivienda.

A diferencia de los demás micro territorios de la localidad, la mayoría de familias viven en apartamentos, esto relacionado a que las personas de este sector presentan mejores capacidades económicas para asumir un gasto mayor en el pago de un arriendo. Aunque se debe resaltar que la población que presenta casa propia en los barrios Eduardo Santos y el Vergel ha sufrido un paulatino proceso de empobrecimiento que se refleja en el deterioro de las viviendas y por ende de su calidad de vida.

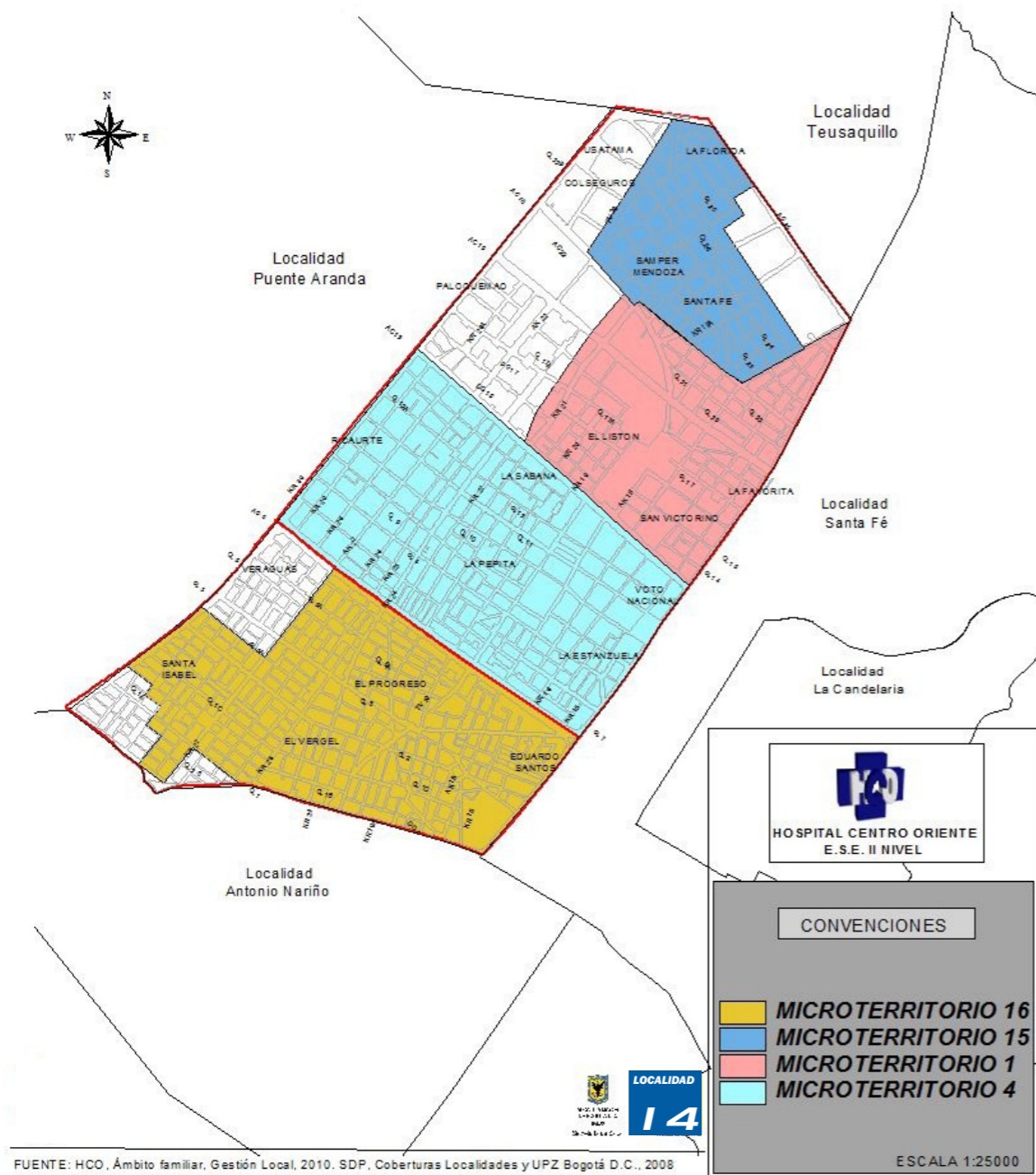
28 Hospital Centro Oriente. Estrategia Salud a su casa. [documento en CD ROM].Informe microterritorios. 2010

29 DANE-SDP. Encuesta de calidad de vida 2007.Total de familias en la localidad de Mártires: n=26893.

30 Según el diagnóstico local 2009, el 26.8% del total de población pertenecen al subgrupo de juventud y el 46% a la etapa de ciclo vital de adultez. (n=97.283)

31 DANE-SDP. Encuesta de calidad de vida 2007.Total de familias en la localidad de Mártires: n=26893.

Mapa 4. Microterritorios de salud a su casa. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C., 2010.



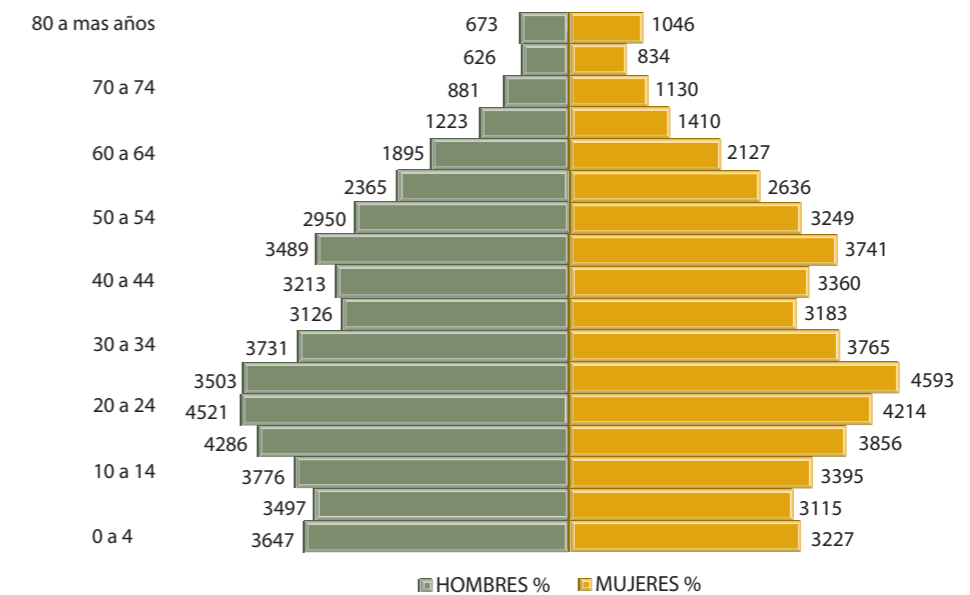
FUENTE: HCO. Ámbito familiar, 2010. SDP. Coberturas localidades y UPZ, 2008

1.5 Estructura y Dinámica Poblacional

La Localidad cuenta con 97.283 habitantes según proyección a 2009 del censo DANE 2005, de los cuales 48.881 (50,2 %) corresponde a mujeres y 48.402 (48%) a hombres. La estructura de la pirámide se considera de crecimiento estacionario con predominio de población de jóvenes y adulto joven de 25 a 34 años, muestra una disminución de la fecundidad y un envejecimiento evidente. Gráfica 1. La estructura poblacional se ve intervenida por la migración, lo cual explica los faltantes en los grupos de 30 a 40 años.

Según las proyecciones, la fecundidad continuará disminuyendo, los grupos pertenecientes a las edades productivas crecerán ligeramente y la población adulta mayor seguirá creciendo de forma importante.

Gráfica 1. Proyecciones de Población desagregada por edad. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C., 2009



Fuente: DANE – SDP, Proyecciones de población por localidades 2000 – 2015

A medida que el crecimiento total de la población va siendo más lenta, los cambios demográficos más profundos se observan al interior de la estructura por edades, la evolución de los tres grandes grupos de edad y en particular de los grupos extremos es bastante significativa, los cambios observados en estos grupos pueden generar variaciones importantes en la vida social y económica de la capital a medida que cambian los volúmenes de los grandes grupos y de esta manera se modifican sus demandas particulares.

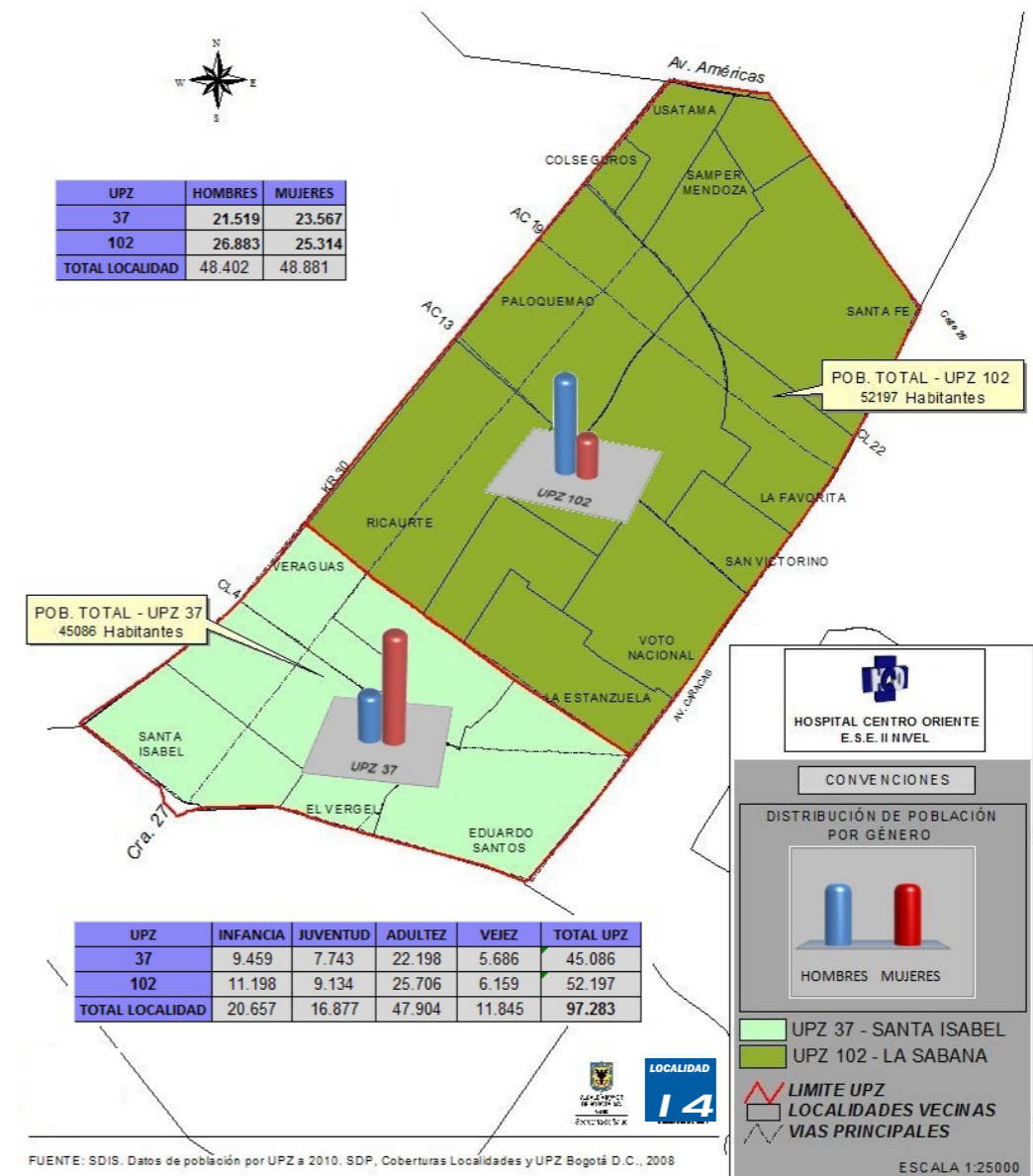
Se destacan dentro de los cambios el importante incremento de las personas mayores de 65 años, y la disminución relevante de los menores de 15 años, lo anterior hace parte de los cambios que experimentan las sociedades bajo la transición demográfica. La localidad de Los Mártires no es ajena a tal proceso demográfico, lo cual se refleja en un descenso importante de su población joven, un leve aumento de efectivos en edades productiva, y un ligero incremento de población adulta mayor, en la temporalidad de las proyecciones.³² Se presentan variaciones en relación al

porcentaje de hombres con mujeres, a partir de los 25 años, en la medida que aumenta la edad disminuye el porcentaje de hombres pues las mujeres viven más tiempo. La mortalidad masculina tiende a subir, debido al panorama social y mayor exposición de los hombres a la violencia proveniente de diversas fuentes.

La localidad de Mártires es una de las más pequeñas en población con relación a las demás localidades del Bogotá. Por etapa de ciclo vital se encuentra estimado el 13.9% de la población corresponde a la etapa infancia. La población menor de 4 años es de 6874 (7.1%), de los cuales 3227 son niñas y 3647 niños, el grupo de 5 a 9 años es de 6612 (6.8%) de los cuales 3497 son niños y 3115 niñas, el grupo de 10 a 19 años representan un (15.8%) con 3776 hombres y 3395 mujeres entre 10 a 14 años y de 15 a 19 años un equivalente de 4286 hombres y 3856 mujeres; la población adulto joven de 20 a 29 años son los que representan mayor porcentaje de participación con 9.0% y 9.4% por grupo quinquenal.

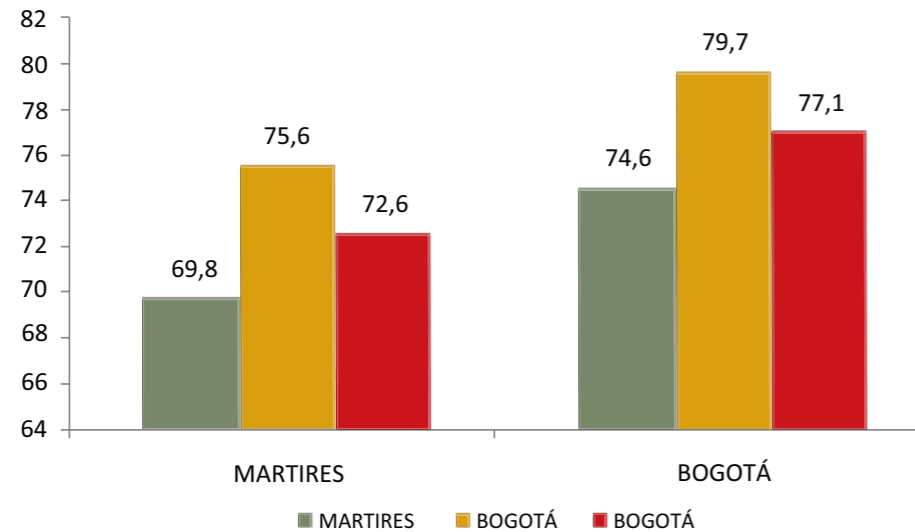
El grupo con edades comprendidas entre 25 a 59 años es el que más peso tiene y corresponde a un 49.3% del total de la población, lo que indica que un alto porcentaje de la población está en edad productiva, este porcentaje tiende a aumentar en el tiempo. De igual forma, los adultos mayores de 60 y más años cada vez tiene un peso mayor dentro del total de población los cuales representan un 12.2% es decir 12.178 personas. (mapa 5).

Mapa 5. Distribución de población por etapa de ciclo y género. Localidad Los Mártires. Bogotá.D.C, 2010



Los bogotanos y bogotanas tienen una esperanza de vida al nacer de 79, 7 años, estimación prevista para el periodo 2005-2010, el comportamiento de este indicador para la localidad muestra una tendencia creciente aunque con algunos años menos que lo encontrado en el Distrito especialmente en hombres (4.8) y en mujeres (4.5) como se muestra en la gráfica 2, lo que puede estar relacionado con el contexto socioeconómico precario, triple carga laboral en las mujeres y hábitos no saludables de auto cuidado.

Gráfica 2. Esperanza de vida al nacer por sexo. Localidad 14 Mártires, Bogotá, D.C. 2005-2010



Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2006 – 2015 (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 12, Pág. 21)

La población de la localidad se concentra en la UPZ 102 como se muestra en la tabla 2, zona correspondiente al territorio social 1 (Zona de Condición de Calidad de Vida, por concentración de problemas sociales). Dentro de las causas por las cuales se presenta la mayor concentración de población en esta zona, se asocia el desplazamiento de personas, especialmente indígenas y de otras regiones del país, además de habitantes de calle y personas que consumen sustancias psicoactivas.

Tabla 2. Población por UPZ. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C, 2009

| UPZ | Nombre | Población |
|-------|--------------|-----------|
| 37 | Santa Isabel | 45.086 |
| 102 | La Sabana | 52.197 |
| Total | | 97.283 |

Fuente: Proyecciones de población total 2005-2015

Con relación a la situación socioeconómica, la población se encuentra clasificada en los niveles 2, 3 y 4 de SISBEN, la población en estrato 2 se encuentra ubicada en mayor proporción en la UPZ Santa Isabel 37 y 2, 3 y 4 en la UPZ 102 la Sabana, correspondiente a los dos territorios sociales 1 y 2.

Al analizar los indicadores de pobreza, medida por el método MIP, la localidad presenta a 2007 una pobreza crónica de 379 (1.46%) hogares y una pobreza inercial de 372 (1.46) hogares de acuerdo con dicha encuesta, presenta además una tasa de desempleo de 7.82 ligeramente por encima del valor promedio para Bogotá 7.78, permaneciendo igual el porcentaje de hogares pobres (3.6% en 2003 y 2007) y en miseria (,0.1% en 2003-2007)) esto en contraposición con el índice de calidad de vida que, según lo encontrado desde la encuesta, ha mejorado. Esto significa que la localidad presenta altos niveles de fragilidad social, debido a la falta de oportunidades laborales, desempleo, inseguridad, embarazos a temprana edad, deserción escolar, entre otras.

Las condiciones de los territorios, considerando sus características ambientales, políticas y sociales, establecen unos patrones de salud y enfermedad específicos que se manifiestan según los Indicadores demográficos en los individuos y colectivos, entre estos encontramos la Tasa de Fecundidad.

La Tasa General de Fecundidad (TGF) es un indicador de medición que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un periodo de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil (15-49 años) en el mismo periodo de tiempo por mil. Los Mártires presenta una cúspide concentrada en las mujeres de 20 a 24 años, lo cual ubica a la localidad en una etapa de la transición demográfica incipiente, con un calendario de fecundidad aún joven. Durante el periodo comprendido entre 2005 a 2010 la tasa general de fecundidad de la localidad de Mártires fue similar a la distrital (Mártires: 58.5- Bogotá 58.2) como se observa en la gráfica 3.

Gráfica 3. Tasa General de Fecundidad (TGF). Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C. 2005- 2010.



Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades 2005 - 2015 (Información tomada de: Boletín Informativo: Bogotá ciudad de estadísticas - Número 9, Julio 2009 - Cuadro 10, Pág. 19)

Según el resultado de los indicadores demográficos para el año 2007, por cada 100.000 habitantes de la localidad murió 6.32% personas y nacieron 15.2%. Por cada 1000 mujeres el número de nacidos vivos fue de 43.86, con un promedio de hijos por madre de 1.79, este promedio por debajo de dos hijos por mujer indica una disminución del tamaño de la población y una edad media cada vez más elevada.

Tabla 3. Tasas de fecundidad específicas por grupo de edad. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C. 2008-2009

| EDAD DE LA MADRE | MUJERES | NACIMIENTOS 2008 | TASA | MUJERES | NACIMIENTOS 2009 | TASA |
|------------------|--------------|------------------|-------------|--------------|------------------|-------------|
| 10 a 14 AÑOS | 3478 | 6 | 1,73 | 3395 | 8 | 2,36 |
| 15 a 19 AÑOS | 3844 | 216 | 56,19 | 3856 | 235 | 60,94 |
| 20 a 24 AÑOS | 4360 | 420 | 96,33 | 4214 | 371 | 88,04 |
| 25 a 29 AÑOS | 4595 | 374 | 81,39 | 4595 | 352 | 76,64 |
| 30 a 34 AÑOS | 3737 | 243 | 65,03 | 3465 | 217 | 57,64 |
| 35 a 39 AÑOS | 3194 | 141 | 44,15 | 3183 | 111 | 34,87 |
| 40 a 44 AÑOS | 3439 | 23 | 6,69 | 3360 | 27 | 8,04 |
| 45 a 49 AÑOS | 3653 | 1 | 0,27 | 3741 | 5 | 1,34 |
| 50 a 54 AÑOS | 3169 | 2 | 0,63 | 3249 | | |
| SIN DATOS | | 2 | | | | |
| TOTAL | 33469 | 1428 | 1,76 | 33358 | 1327 | 1,65 |

Fuente Nacimientos 2008 y 2009: Bases De Datos DANE Y RUAF – ND; Datos preliminares.

En comparación entre el año 2008 y 2009 se encuentra que la tasa específica de fecundidad presenta un leve descenso al pasar de 1.76 a 1.65. Las tasas más altas se presentan entre las edades de 20 a 24 años como se observa en la tabla 3. Es de anotar que se evidencia aumento en la Tasa de Fecundidad en grupos de alto riesgo como mujeres menores de 14 años pasando de 1.73 en el 2008 a 2.36 para el año 2009, igualmente para el grupo de mujeres entre los 40 a 49; pasando de 24 nacimientos en el 2008, a 32 para el 2009, por lo cual se debe fortalecer programas y estrategias materno infantiles especialmente en estos grupos etarios.

Vale la pena resaltar que la fecundidad es una de las variables demográficas que más se relaciona con la salud: el número de hijos, el esparcimiento y orden entre los nacimientos, los embarazos entre las edades extremas del periodo reproductivo, la lactancia materna, el uso de anticonceptivos, la gestación y el éxito del parto tienen una estrecha relación con la salud de la madre y el niño; al igual existe una asociación positiva entre altas tasas de natalidad y el nivel sanitario, socioeconómico y cultural.

La meta distrital al año 2012 es reducir al 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años, sin embargo, en la localidad de Los Mártires se presentó un 1.4% (8) embarazos en menores de 14 años con respecto a Bogotá como se observa en la tabla 4. Continúan siendo altas las cifras de embarazos en niñas, evidenciando la falta de prevención de factores de riesgo asociados con embarazos en edad temprana, que para el caso de menores de 14 años se considera como abuso sexual infantil.

Tabla 4. Nacimientos en Mujeres de 10 a 19 años. Localidad 14 Mártires. Bogotá D.C. 2008 -2009.

| GRUPO ETAREO | MÁRTIRES | | BOGOTÁ | |
|--------------|------------|------------|--------------|--------------|
| | 2008 | 2009 | 2008 | 2009 |
| 10 a 14 años | 7 | 8 | 573 | 568 |
| 15 a 19 años | 202 | 235 | 20709 | 20397 |
| TOTAL | 209 | 243 | 21282 | 20965 |

Fuente: Base de datos preliminar DANE-Sistema de estadísticas Vitales año 2008-2009.

Para el año 2009 se observa un incremento en los nacimientos de mujeres de 15 a 19 años en la localidad con relación en el año anterior, y a nivel distrital un no cumplimiento de la meta en los años 2008 y 2009 dado que la meta distrital es disminuir en un 20% cada año los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, partiendo de una línea de base 20.627 año 2006. Con esto se evidencian dificultades en los programas de prevención de embarazo en adolescentes donde es probable que este tipo de intervenciones sean muy cortas, lleguen muy tarde, no tengan en cuenta la sexualidad y la problemática en este tipo de población, ni estén enfocadas a favorecer el fortalecimiento de los factores protectores.

Dentro de los factores asociados al embarazo en adolescentes se encuentra la discrepancia entre la madurez física y la madurez cognoscitiva; la adolescente es capaz de concebir pero es incapaz de comprender las consecuencias de su actividad sexual para el futuro. Otro factor es la influencia de los medios de comunicación, ya que cada año se transmiten en televisión 14.000 referencias sexuales pero sólo 170 de ellas mencionan autocontrol, métodos de planificación, o abstinencia. Existe además una clara relación entre abuso sexual en la infancia y la pubertad con el embarazo en adolescentes, el cual es más notorio en niñas de estratos socioeconómicos bajos.³³

Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, entre otros, determinan la elevación de la morbilidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.³⁴

1.5.1 Poblaciones especiales

En la localidad de Mártires se presentan poblaciones especiales como: Población en condición de desplazamiento, grupos étnicos, habitantes de calle, personas en ejercicio de prostitución y personas en condición de discapacidad.

1.5.1.1 Población en condición de Desplazamiento

Durante el año 2008 un total de 1.526 declaraciones por desplazamiento forzado fueron presentadas en las localidades del centro, las cuales constituían 1.982 menores y 2.386 adultos. De estas familias, 500 aseguraron habitar en la localidad. De los 1.248 hogares incluidos en el RUPD que Acción Social reporta en la localidad, 65 jefes de hogar son indígenas, 155 son jefes afrodescendientes, en total se encuentran incluidas 215 personas indígenas, 521 afrodescendientes, 113 Gitanos o Rom, 2 Raizales, 1.463 que se autodeterminan como mestizos y 2.113 de los cuales no se tiene información.³⁵

33 http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Aura_Cuevas.htm

34 www.portalesmedicos.com/publicaciones/authors/518/Dra.-Cecilia-M.2009

35 Informe consolidado. Área de Registro. UT Bogotá Acción Social. Marzo de 2010

El Programa Salud a Su Hogar visitó un total de 1397 personas entre Enero de 2004 y 2009, conformados por un 38,22% de personas en condición de desplazamiento y un 61,77% en situación de desplazamiento. Los mayores departamentos de donde proviene la población son: Valle del Cauca, Tolima, Chocó, Cundinamarca, Nariño, Antioquia, Bolívar y Meta. Comparando los porcentajes de población desplazada por Localidades a nivel del Distrito con las cifras de recepción en Bogotá en el mismo periodo, se encuentra una correspondencia entre la proporción de personas que llegan a la ciudad y las que declaran en las localidades.

Según el informe del ámbito familiar en la localidad de Los Mártires, históricamente dentro del periodo de tiempo mencionado se identificaron 502 personas en condición de desplazamiento ubicados en su mayoría en el territorio social 1, y generalmente adultos con un total de 176 personas ubicados principalmente en los barrios Santa Fe en un 37 % la Favorita 27% y Voto Nacional con un 15%, como se evidencia en el mapa 6.

Durante el período 2004- 2008, más de la tercera parte del total de personas en esas condiciones, no habían sido confirmados en condición desplazamiento por Acción Social, hecho que implica una diferencia marcada en las posibilidades de materialización del goce efectivo de derechos de la población desplazada por la violencia. Su no inclusión o reconocimiento tardío por parte de la entidad genera mayores barreras de acceso para la adaptación al contexto social, económico y político.

A partir del año 2011, el Ámbito Familiar del Hospital Centro Oriente hace una depuración de la base de datos de familias en situación de desplazamiento, dejando para el reporte oficial únicamente a quienes permanecieron activos en el acompañamiento psicosocial realizado por la intervención desde el ámbito, es decir, se consideran activas las familias que terminan el proceso de atención planeado junto a ellas y cuya ubicación se mantiene en el tiempo que dura la intervención.

De esta manera, a finalizar el primer semestre del año 2011, se encuentran activas en la base de datos del Ámbito Familiar del Hospital Centro Oriente un total de 892 personas de todas las etapas de ciclo vital, que integran 366 familias.

Para la Localidad de Los Mártires se mantienen activas en el programa 381 personas pertenecientes a 170 familias.

Tabla 5. Distribución por sexo de las personas en condición de desplazamiento caracterizadas por salud a su Casa, Bogotá, D.C. 2010.

| Localidad | 2004-2008 | | | 2009 | | | 2010-Jun 2011 | | |
|------------------------|-----------|--------|-------|-------|--------|-------------|---------------|--------|------------|
| | Mujer | Hombre | TOTAL | Mujer | Hombre | TOTAL | Mujer | Hombre | TOTAL |
| CANDELARIA | 157 | 159 | 316 | 7 | 6 | 13 | ND | ND | 115 |
| MARTIRES | 256 | 246 | 502 | 28 | 21 | 49 | ND | ND | 381 |
| SANTA FE | 264 | 226 | 490 | 16 | 11 | 27 | ND | ND | 396 |
| Total general | 677 | 631 | 1308 | 51 | 38 | 89 | | | 892 |
| TOTAL COBERTURA | | | | | | 1397 | | | 892 |

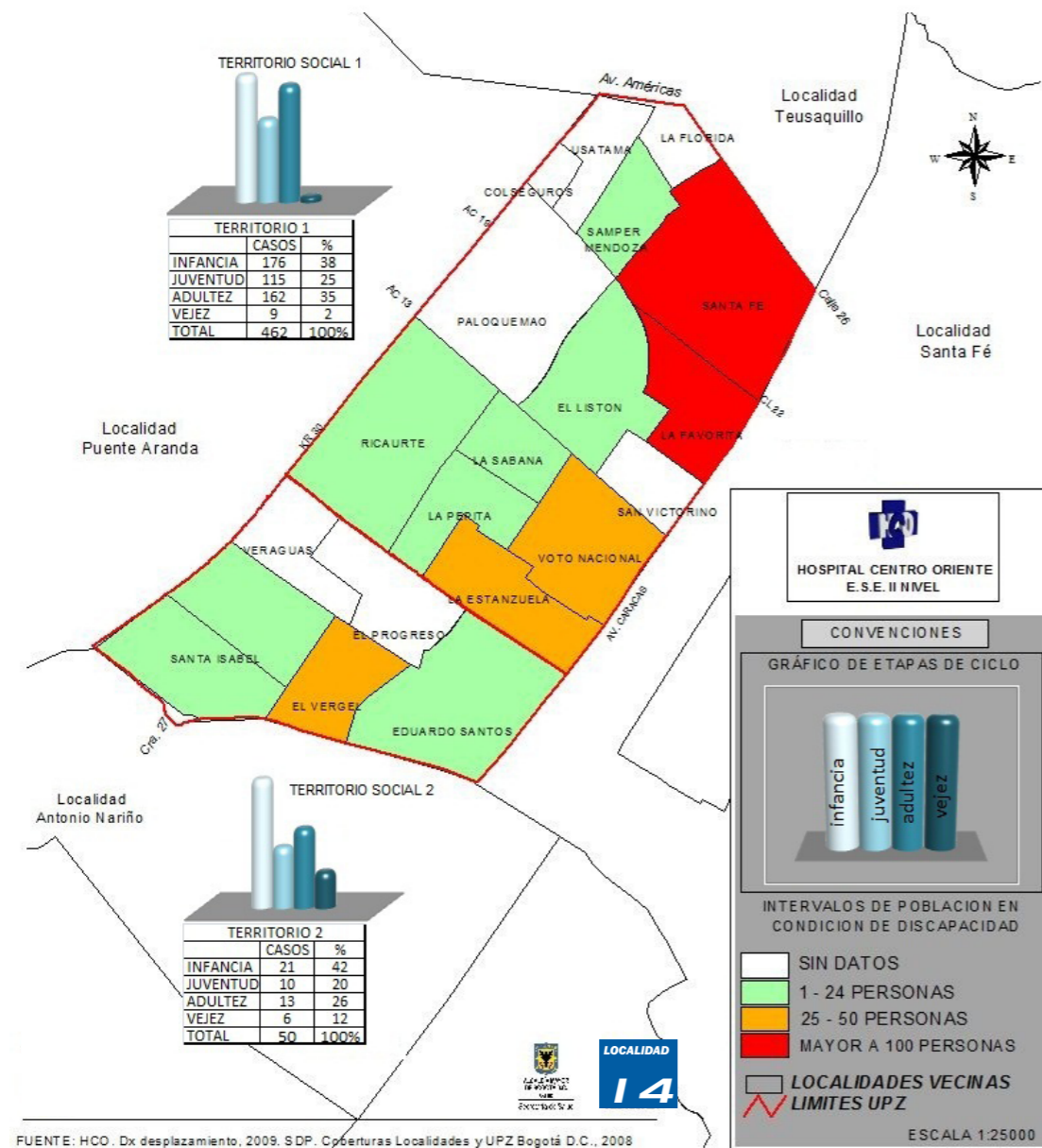
Fuente: Hospital Centro Oriente Documento en CD – ROM. SASH-HCO 2004-2011 Primer Semestre

Tabla 6. Distribución por edad y barrio de las personas en condición de desplazamiento activas a 2011 en el programa salud a su Casa, Bogotá, D.C, 2010.

| LOCALIDAD | TOTAL CENTRO | | 892 PERSONAS | | | |
|--------------|--------------|---------------|--------------|-----------|----------|--------------|
| | BARRIO | | FAVORITA | SAMPER | RICAURTE | SANTA ISABEL |
| LOS MÁRTIRES | GRUPO EDAD | 01 - 05 Años | 13 | 17 | 4 | 0 |
| | | 06 - 09 Años | 13 | 19 | 5 | 0 |
| | | 10 - 14 Años | 16 | 19 | 7 | 0 |
| | | 15 - 18 Años | 11 | 14 | 5 | 0 |
| | | 19 - 26 Años | 20 | 35 | 13 | 0 |
| | | 27 - 44 Años | 40 | 46 | 15 | 1 |
| | | 45 - 59 Años | 17 | 21 | 9 | 2 |
| | | 60 y más Años | 11 | 3 | 1 | 2 |
| | Menor 1 Año | 0 | 1 | 1 | 0 | |
| TOTAL | | 141 | 175 | 60 | 5 | 381 |

Fuente Mapa 6. Población en condición de desplazamiento. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C. 2010.

Mapa 6. Población en condición de desplazamiento. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C. 2010.



FUENTE: HCO. Gestión local, Diagnóstico local, 2009. SDP. Coberturas localidades y UPZ, 2008.

La mayoría de la población habita en los barrios La Favorita, Estanzuela, La Pepita. Transversalmente a todo el ciclo vital, la salud oral está muy deteriorada, son comunes la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y la Infección Respiratoria Aguda (IRA). En la etapa adulta se hacen más frecuentes las enfermedades crónicas como la hipertensión. Hay desconocimiento en general acerca de sus derechos y del proceso para acceder al derecho a la salud. Los niños y las niñas presentan condiciones nutricionales deficientes, estado de salud que se ve afectado frecuentemente por problemas respiratorios y por diarreas. El caso más crítico y conocido se halla en la comunidad Embera, grupo en que se ha documentado la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 10 años.

El Proyecto Erradicación del Trabajo infantil, reporta para el año 2010 un total de 79 niños y niñas en situación de desplazamiento pertenecientes a 40 familias, que fueron encontrados como trabajadores o acompañantes de sus padres en actividades económicas en calle en las tres Localidades. De ellos, un grupo de 68, el 86% están en etapa infancia (4 a 14 años) y los 11 restantes, el 14%, están en etapa juventud (15 a 17 años). Catorce de ellos (5 hombres y 9 mujeres) son Embera Katío y Chamí principalmente en etapa infancia y 3 más son hijos de una madre con ascendencia Inga que no se reconoce como tal. Se encontraron en compañía de sus padres, madres o hermanos, 55 de ellos (70%) se encontraban estudiando y 24 (30%) estaban desescolarizados. Los lugares donde habitualmente se encuentran están en cercanías al centro administrativo, Plazoleta de La Mariposa, San Victorino, Plaza de Bolívar, Eje Ambiental y sobre las carreras 13 y 7, entre otras.

En la Localidad de Mártires se encontraron 34 personas (25 en etapa infancia y 9 en etapa juventud) distribuidas por etapa de ciclo se encuentran 16 niños y 9 niñas, 4 hombres y 5 mujeres en etapa juventud. De ellos, 2 niños son raizales y 1 niña es Embera Chamí. 36

Para la población adulta se presentan problemas de hipertensión desde el rango de 27 años. La ansiedad y la depresión son comunes en el aspecto psicosocial. Cambio de roles en la ciudad, para la mujer y el hombre. La mujer quien logra más fácilmente encontrar formas para lograr el sustento. Esto genera cargas significativas para las mujeres, así como los niños y niñas que dependen de su cuidado y atención y practican la mendicidad como medio laboral, aceptado por las etnias, en compañía de los hijos. Personas con dificultad para alimentarse de manera adecuada (cantidad y calidad del alimento). En hombres se da consumo alto de alcohol y de bazuco en algunos casos.

Las personas mayores presentan con más prevalencia que otras etapas de ciclo propensión a enfermedades crónicas, desórdenes del metabolismo y de nutrición. Viven un mayor aislamiento, en el nuevo entorno, por las dificultades de movilización, el desconocimiento de las costumbres, y la percepción que en general se tiene sobre los mayores. Presentan problemas de depresión y otros traumatismos psicosociales relacionados con el aislamiento. Sienten que tienen un saber y una experiencia y manifiestan su interés de poder transmitirlo a las personas jóvenes de su familia o comunidades.

Del grupo familiar, son las que reciben menor cantidad y calidad de alimentos. Muchos tienen la responsabilidad de cuidar nietos para liberar a las madres, para el rebusque del sustento. En el caso de población indígena, algunos de los mayores son consultados como sabios y conocedores y conocedoras en temas de salud, lo que les permite mantener un puesto destacado dentro de sus grupos.

36 Hospital Centro Oriente.Ámbito Laboral. Base de datos. Proyecto Erradicación del Trabajo Infantil. Archivo de la intervención. 2010.

1.5.1.2 Grupos Étnicos

En la localidad de Los Mártires es evidente la presencia de grupos indígenas, principalmente en la Zona Especial de Comercio Sexual que pertenece al territorio social 1, en los barrios la Favorita, San Victorino, El Listón, Voto Nacional, La Sabana y La Pepita. Como se evidencia en las bases de datos de Salud a su Casa, en la localidad se encuentran 112 personas que pertenecen a alguna comunidad indígena (47 familias); esto quiere decir que del total de personas que en las tres localidades se reconocen como indígenas, (518 personas) 23% de ellas viven en la localidad.

Se encuentran principalmente familias Kichwas, Emberas, Awas, entre otras y por diferentes razones se encuentran establecidas principalmente en la Favorita (Kichwas y Emberás), dedicados los primeros al comercio informal de textiles en las calles de la ciudad y alguna familias Emberas a la mendicidad. Otras familias identificadas se encuentran en un edificio en el barrio de Santafé.

Las condiciones generales de calidad de vida de la población indígena en las localidades del centro de la ciudad, son deficientes en la medida que el acceso a los servicios básicos en las viviendas son reducidos o inexistentes, debido a las condiciones de arrendamiento por días, conocido como el “paga diario”, que menoscaba el acceso a otros bienes y servicios. La razón de esta circunstancia es que la reducida obtención de recursos económicos obliga a las familias emberas a vivir en casas que tengan menos requisitos para arrendar.

Las familias de grupos indígenas que habitan la localidad de Los Mártires presentan un limitado acceso a servicios básicos como la salud, educación, vivienda digna y oportunidades laborales, debido a que la mayoría de sus integrantes se ha visto en la necesidad imperiosa de huir a causa del conflicto armado interno, circunstancia que les ha hecho perder sus documentos de identificación, que en la mayoría de las instituciones son la puerta de entrada a los servicios que se ofrecen.

En los territorios de origen de la mayoría de las comunidades indígenas que habitan en la localidad de Los Mártires, se presentan algunas condiciones de malnutrición y bajos recursos económicos, debido a las circunstancias propias de la deficiente administración municipal. Uno de los principales factores de la llegada de las personas de grupos étnicos a Bogotá es el enfrentamiento armado entre los grupos legales e ilegales.

Las problemáticas que padecen afectan principalmente la salud y el desarrollo de los niños y las niñas por la proliferación de enfermedades, entre ellas la tuberculosis, causada por las condiciones de hacinamiento e insalubridad en las viviendas que por lo general son inquilinatos del centro de la ciudad, de igual manera las enfermedades de la piel a causa del deficiente abastecimiento de agua potable, la pediculosis y trastornos digestivos por la deficiente manipulación de los alimentos. Estos lugares no están cerca de considerarse espacios mínimamente dignos para vivir.

A la problemática particular de estos grupos indígenas se unen los procesos de descomposición cultural debido principalmente a la pérdida de sus costumbres ancestrales en medio de una sociedad que no reconoce sus pautas culturales y los obliga a expresarse en una lengua que no manejan, puesto que sus lenguas maternas no les sirven para la interacción con las instituciones, en una ciudad que en el discurso reconoce y respeta la diversidad, pero en la praxis está lejos de un ejercicio del enfoque diferencial, como bien lo reconocen los propios indígenas “la ciudad no está preparada para la diversidad”, y estas situaciones de desesperanza ante las opciones laborales y los contextos sociales de los barrios, han generado problemas de alcoholismo, consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), violencias al interior de las comunidades y familias derivado de las anteriores situaciones, el descuido de los niños y las niñas y la afectación de la salud mental de todos los integrantes de los núcleos familiares.

Es importante señalar que las trayectorias en la ciudad reflejan una visibilización diferencial de estas problemáticas de acuerdo con el posicionamiento político que algunas de las comunidades indígenas han tenido en el Distrito, como es el caso de las comunidades indígenas con Cabildos reconocidos, situación que les han permitido mayor acceso a los servicios básicos como salud, educación, programas de canasta alimentaria, entre otros.

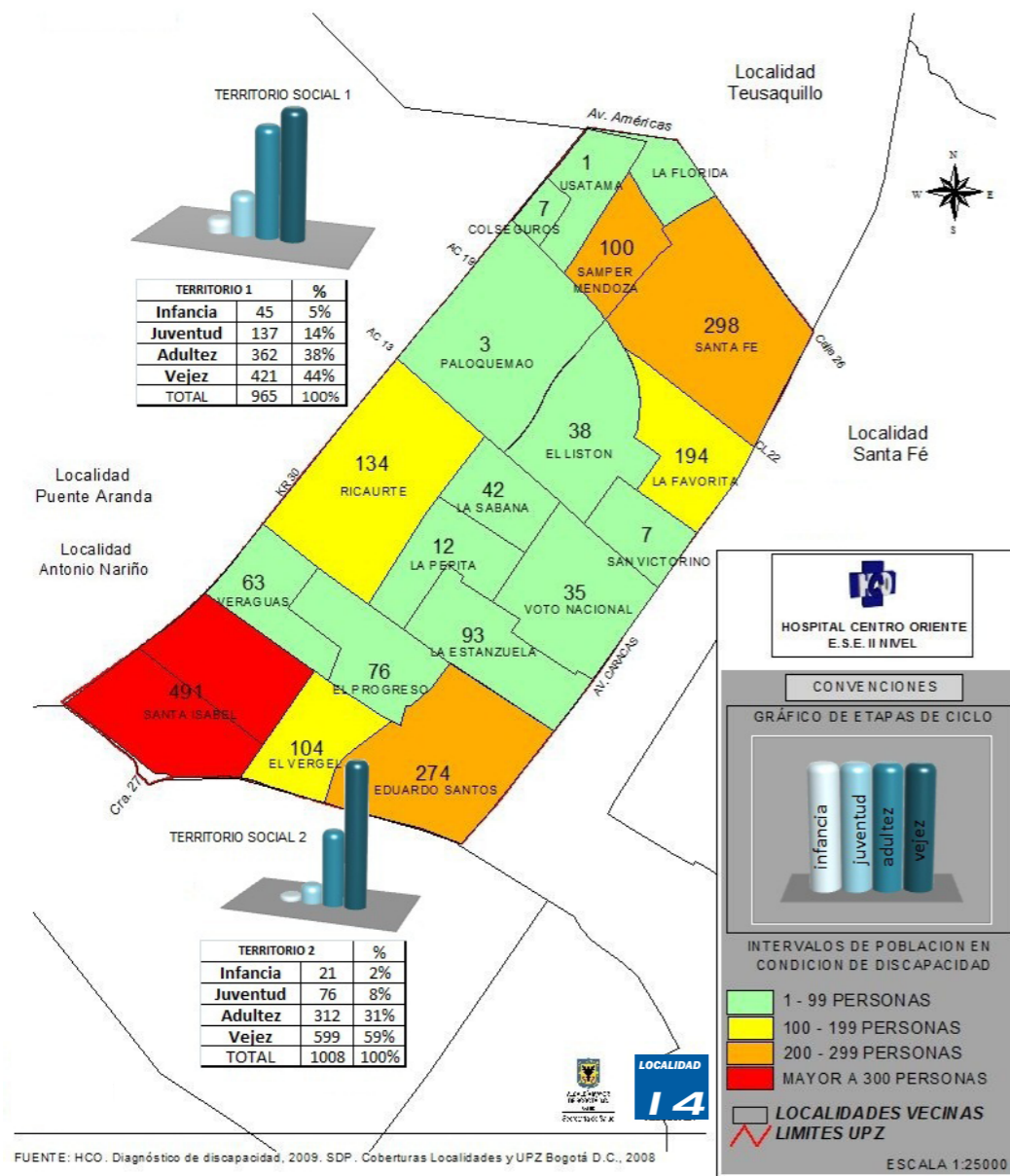
Se han formulado propuestas en el marco del reconocimiento de las personas que pertenecen tanto a los grupos indígenas como a los grupos afrodescendientes a través de la implementación de los planes integrales de acciones afirmativas, que dan las pautas para la formulación de políticas públicas que garanticen el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales.

Hasta el momento se han formulado los lineamientos de la política pública distrital y el plan integral de acciones afirmativas para el reconocimiento de la diversidad cultural y la garantía de los derechos de los afrodescendientes, mediante el decreto 151 de 2008 y la política pública para los pueblos indígenas residentes en Bogotá mediante el acuerdo 359 de 2009. 37

1.5.1.3 Personas en condición de discapacidad

En el año 2005 se inicia el proceso de registro y caracterización de la población con discapacidad en la ciudad de Bogotá D.C. Este proceso de caracterización se realizó mediante operación barrido que a 2006 ha registrado en la localidad 2145 personas en condición de discapacidad correspondiente al 2.1% de total de la población de la localidad; hallándose que el 48% (1,027) pertenecen al sexo masculino y el 52% (1,118) al sexo femenino, lo que permite establecer diferencias según el grupo de edad, a medida que ésta aumenta, la presencia de discapacidad se acrecienta, siendo el grupo etario de 75 a 79 años el que mayor población con limitaciones concentra, con un 4,1% (88) para el sexo masculino y un 5.6% (121) para el sexo femenino.

Mapa 7. Población en condición de discapacidad. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2009.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Gestión local, Diagnóstico local 2009. SDP. Cobertura localidades y UPZ, 2008.

Tabla 5. Distribución de las personas con discapacidad y/o alteración. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C., 2008.

| ALTERACIONES | MARTIRES | | BOGOTA |
|--|----------|------------|----------|
| | PERSONAS | PORCENTAJE | PERSONAS |
| SISTEMA NERVIOSO CENTRAL | 1427 | 2,06 | 69176 |
| VISUALES | 1220 | 1,74 | 69936 |
| AUDITIVAS | 473 | 1,74 | 27225 |
| DEMÁS ÓRGANOS Y SENTIDOS | 109 | 2,09 | 5225 |
| VOZ Y HABLA | 426 | 2,05 | 20764 |
| SISTEMA CARDIORESPIRATORIO | 983 | 1,21 | 81064 |
| DIGESTIÓN, METABOLISMO Y HORMONAS | 403 | 0,89 | 45397 |
| SISTEMA GENITAL Y REPRODUCTIVO | 273 | 1,47 | 18621 |
| MOVIMIENTO DEL CUERPO, MANOS, BRAZOS Y PIERNAS | 1975 | 2,09 | 94621 |
| PIEL | 136 | 1,53 | 8881 |
| OTRA ALTERACIÓN | 167 | 2,04 | 8193 |

Fuente: DANE, SDS. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, 2008.

Como se observa en la Tabla 4, las alteraciones que más prevalecen en la población con discapacidad de la localidad de Los Mártires, son movimiento del cuerpo, brazos y piernas 2,09% (1975), estas alteraciones de la estructura corporal restringen la participación de las personas en condición de discapacidad en la mayoría de los entornos de la vida cotidiana, donde las barreras físicas en la vivienda, las calles, andenes de la vía pública, en las sedes de atención en salud y el sistema de transporte que operan en su medio social como son los paraderos y los vehículos de transporte público, se convierten en un dolor de cabeza para esta población y causa de la débil participación en los diferentes espacios sociales desmotivándolos para la movilización y congregación a las mismas.38

A continuación se presentan las problemáticas de estos ciudadanos en la localidad de Los Mártires:

El escaso desarrollo de la autonomía y del ejercicio de ciudadanía como individuo que toma sus propias decisiones y llevar su propia vida según lo considere bueno es una condición generalizada en la población con discapacidad. Del mismo modo, sus oportunidades para el desarrollar sus capacidades y potencialidades es ampliamente desperdiciada por la sociedad, sin mencionar que es una falta contra la garantía de sus derechos fundamentales.

En cuanto a las condiciones laborales de la población con discapacidad (PCD) de la localidad, desde el ámbito laboral de la E.S.E, se identifica que las personas en ésta condición que se encuentran realizando actividades productivas lo hacen desde puestos de trabajo informal, como vendedor ambulante y oficios varios, entre otros. Del mismo modo, las dificultades identificadas para el logro de una inclusión laboral formal de la persona en condición de discapacidad (PCD), va desde la existencia de imaginarios negativos sobre las capacidades y competencias productivas de la población, la inestabilidad de las condiciones económicas del país, la falta de formación profesional o técnica de la población, los costos, entre otros.

En cuanto a las deficiencia de mayor prevalencia en el ciclo vital infancia predominan las alteraciones del sistema nervioso (52 personas), seguidas por alteraciones en voz y habla

(44 personas), alteraciones de movimiento del cuerpo, brazos, piernas (32 personas), alteraciones visuales y cardiorrespiratorias y defensas (12 personas). Se debe resaltar que son las alteraciones del sistema nervioso las que predominan a nivel distrital en el ciclo vital infancia y en segundo lugar las alteraciones del cuerpo, brazos y piernas. En relación al ciclo adolescencia y juventud, este presenta un comportamiento similar al ciclo infancia, con la siguiente distribución por deficiencias, las alteraciones del sistema nervioso ocupan el primer lugar (172), en segundo lugar alteraciones de voz y habla (106), alteraciones movimiento del cuerpo, brazos y piernas (98), y alteraciones visuales y auditivas (50) y (33) respectivamente.

En el ciclo adultez son alteraciones de movimiento del cuerpo, brazos y piernas las que predominan en la PCD (516 personas), en segundo lugar las alteraciones del sistema nervioso (361), alteraciones visuales con un (223), alteraciones del sistema cardio respiratorio y defensas (205), alteraciones del sistema digestivo, metabólico y hormonal (132) y en menor proporción las alteraciones de la voz y el habla (113), alteraciones del sistema genital y reproductivo (83) y finalmente alteraciones auditivas y de piel (79 y 45) respectivamente. En el ciclo vital vejez al igual que en el ciclo adulto son las alteraciones de movimiento del cuerpo, brazos y piernas las de mayor prevalencia (889), en segundo lugar, las alteraciones del sistema cardio respiratorio y defensa (584), alteraciones del sistema nervioso (493), alteraciones visuales (420), alteraciones auditivas (197), alteraciones del sistema genital y reproductivo (187), alteraciones del sistema digestivo, metabólico y hormonal con un (136), alteraciones de la voz y el habla con un (122), y en menor proporción las alteraciones de la piel (55).

A diferencia de los dos ciclos anteriores las limitaciones de mayor presencia para los ciclos vitales de adultez y vejez son las limitaciones para caminar, correr y saltar, en segundo lugar se presentan dificultades para cambiar y mantener posiciones del cuerpo, en tercer lugar limitaciones para pensar, entre otras limitaciones como: dificultades para relacionarse con las demás personas y el entorno, desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o cardíacos alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo, y dificultades para hablar y comunicarse.

Entre las causas principales que originan discapacidad en el ciclo vital infancia se encuentra, complicaciones en el embarazo y enfermedad general con un 25.3%, en segundo lugar las condiciones de la madre durante el embarazo con un 16% alteraciones genéticas hereditarias con un 8.3%, lesión auto infligida 5.3%, y en menor frecuencia por consumo de psicoactivos y víctima de violencias con un 1.3%, accidente 2.7%, y un 12% desconoce la causa de su discapacidad.

En el ciclo vital adolescencia y juventud, la causa que más predomina con un 24,1% es la enfermedad general, complicaciones en el parto con un 18.9% condiciones de la madre durante el embarazo con un 17.1%), llama la atención que un 12% de la población registrada desconoce el origen de su discapacidad, esto hace evidente el bajo acceso a los servicios de salud de la población joven de la localidad y con una frecuencia media, alteraciones genéticas y hereditarias con un 6.6%, lesiones auto infligida y accidentes con un 4.4% y en menor proporción causas por víctima de violencia y conflicto armado con un 1.8% dificultades en la prestación de servicios de salud con un 3.5%

En la etapa de la adultez el origen de la discapacidad que predomina con un 40.5% es la enfermedad general, con un 20% por accidente y con menor frecuencia causas como alteraciones genéticas y hereditarias con un 6.8% complicaciones del parto con un 5.8%, condiciones de la madre durante el embarazo con un 4.4% lesiones auto infligida con un 2.9% enfermedad profesional con un 1.4%, consumo psicoactivos 2.4% y víctimas de violencia y conflicto armado con un 2.9% y 1.9% respectivamente.

En el ciclo adultez el 7.5% desconoce el origen de su discapacidad. Para el ciclo vejez, la causas

más importantes que generan discapacidad en esta población son las enfermedades generales con 71.8%, por accidente el 8.4%), y el 8.7% desconoce el origen de su discapacidad, otros refieren con dificultades en la prestación de servicios de salud, condiciones de la madre durante el embarazo, alteraciones genéticas y hereditarias.³⁹

1.5.1.4 Personas en ejercicio de la prostitución

El Alcalde Mayor de Bogotá, mediante el Decreto 187 de 2002, reglamentó la UPZ No. 102 La Sabana de la Localidad de Los Mártires como Zona de Alto Impacto; estableciendo como uso permitido en el sector el restringido de alto impacto de diversión y esparcimiento de escala metropolitana, dentro del cual figuran las whiskerías, striptease y casas de lenocinio, entre otros.

La población en situación de prostitución y las personas con ella relacionadas, constituyen uno de los grupos con más alta vulnerabilidad por las condiciones y conductas de riesgo, bajo las cuales se ofertan y se demandan los servicios sexuales y por las relaciones violatorias de derechos que se establecen entre las personas que en ellos intervienen, determinadas, en gran medida, por sus características socioeconómicas y culturales.

Gran parte de esta población no se encuentra clasificada dentro del Sistema de información para beneficiarios potenciales de programas sociales SISBEN y, mucho menos, afiliada al SGSSS, no garantizándosele, entonces, el acceso a los servicios de salud. Las personas pertenecientes a esta población poseen baja autoestima y serias dificultades en la realización de sus proyectos de vida. Fenómenos como violencia intrafamiliar y sexual, maltrato infantil, consumo de sustancias psicoactivas, delincuencia, se encuentran igualmente íntimamente ligadas a esta población, aumentando su vulnerabilidad a las ITS y VIH, entre otras.

En 2007, se caracterizaron 3311 personas en ejercicio de prostitución que fueron formadas en Desarrollo personal y ciudadanía (código de Policía), con el proyecto 7310, de las cuales 3197 correspondieron a heterosexuales, 88 a bisexuales y 106 a homosexuales. La mayor parte de las personas capacitadas en el proyecto se encuentran en el rango de edad entre los 18 y los 25 años (36.34%) observándose que la participación de la población es menor a medida que aumenta la edad, mostrando que el ejercicio de la prostitución se ejerce por población joven, quizá teniendo en cuenta la menor preparación académica que este grupo de población tiene y el deseo de conseguir dinero rápidamente.

Teniendo en cuenta el departamento de procedencia de la población, se encontró que el mayor porcentaje (51,87%) proviene de la región Andina (Departamentos de Antioquia, Risaralda, Caldas, Huila, Tolima, Santander, Quindío, Cundinamarca); seguido de Bogotá con un 16,07%. Es importante destacar que esta población es flotante y constantemente se desplazan de un lugar a otro, dentro de la misma ciudad o entre ciudades o municipios, lo cual dificulta los procesos de capacitación planteados por el proyecto. Una de las posibles razones para la existencia de problemas económicos de esta población es el bajo nivel educativo alcanzado, aunque se debe tener en cuenta que los rangos de edad son bajos.

El 60.34 % de la población es bachiller, el 24.9% terminó únicamente la educación primaria y menos del 10% presenta algún tipo de educación técnica o universitaria. La mayor parte de la población vive en los estratos dos y tres. Sin embargo, es importante mencionar que la prostitución es un hecho que ocurre en todos los estratos económicos, pero es más clandestino en los estratos altos; son distintos los medios de contacto con clientes y los lugares frecuentados.

Teniendo en cuenta los estratos socioeconómicos de las personas que acceden a los servicios del proyecto, en el Sistema de Registro de Beneficiarios para los programas sociales del distrito

(SIRBE) se registró que el 37,05% percibe ingresos económicos inferiores a cuatrocientos mil pesos y el 36.41% registró ingresos mensuales inferiores a ochocientos mil pesos. Las estadísticas del SIRBE muestra que el 25% de la población caracterizada tiene EPS subsidiada y el 37% tiene vinculación al Sistema general de Seguridad Social SGSSS, con este tipo de población sería de gran importancia diseñar acciones a fin de generar procesos que mejoren la calidad de vida y salud de este grupo poblacional, quienes reportan que existen barreras de acceso al SGSSS, cambio de citas y falta de reactivos, entre otras.

Adicionalmente el poseer afiliaciones fuera de la ciudad, no permite acceder al servicio, de ahí la importancia por generar acciones integrales con planeación nacional y distrital, a fin de disminuir estas barreras. El 12% de las mujeres reporta que hace más de dos años no se ha tomado la citología y un 5% reporta nunca habérsela tomado. El 29% de esta población hace un año o mas no se toma la prueba para VIH/SIDA, y un 5% nunca se ha tomado la prueba. El 7% de las mujeres son consumidoras de varias sustancias tales como marihuana, perica, y dos reportaron consumir "heroína".⁴⁰

1.5.1.5 Población LGBTI

Puede definirse el enfoque poblacional de diversidad sexual como una perspectiva de análisis de los fenómenos sociales, a través del cual se evidencian las inequidades, desigualdades sociales y las situaciones respecto a reconocimiento, garantía y accesibilidad de derechos de hombres y mujeres en función de su identidad de género u orientación sexual. LGBTI es un término acuñado por el movimiento social de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el mundo, en el marco de un proceso que ha buscado tanto la garantía plena de sus derechos como el reconocimiento de su aporte a la sociedad teniendo como punto de partida que aquello que una sociedad juzga desde lo moral no puede ser excluido desde el ordenamiento jurídico, institucional en un estado social de derecho.

Esta es, además, una categoría que ha sido ampliamente debatida en espacios académicos y políticos, para hacer referencia a las condiciones estructurales que en la sociedad determinan que las personas con orientaciones sexuales e identidades de géneros "no normativas", "no tradicionales", consideradas como "no normales", estén en desventaja, en condiciones de inequidad frente al acceso a los recursos, al desarrollo de la autonomía y la construcción de un proyecto de vida, en suma, al ejercicio pleno de la ciudadanía en el contexto de una cultura patriarcal que valida a sus ciudadanos y ciudadanas desde la óptica de una masculinidad construida por el ejercicio del poder y que determina a partir de allí aquello que es éticamente correcto en el ejercicio de la sexualidad y la construcción de los roles de género. Este contexto termina por enfrentar a quienes construyen posiciones diferentes respecto al género o la orientación sexual a vulneraciones de sus derechos, discriminaciones, prejuicios y fobias⁴¹

En la localidad Mártires las personas transgeneristas se concentran en el barrio Santa Fe en la Zona de Alto impacto. En esta, el sector de ejercicio de prostitución por parte de mujeres transgénero es el cuadrante delimitado por la avenida caracas y la carrera 18 y las calles 19 y 22, como se observa en el mapa 8.

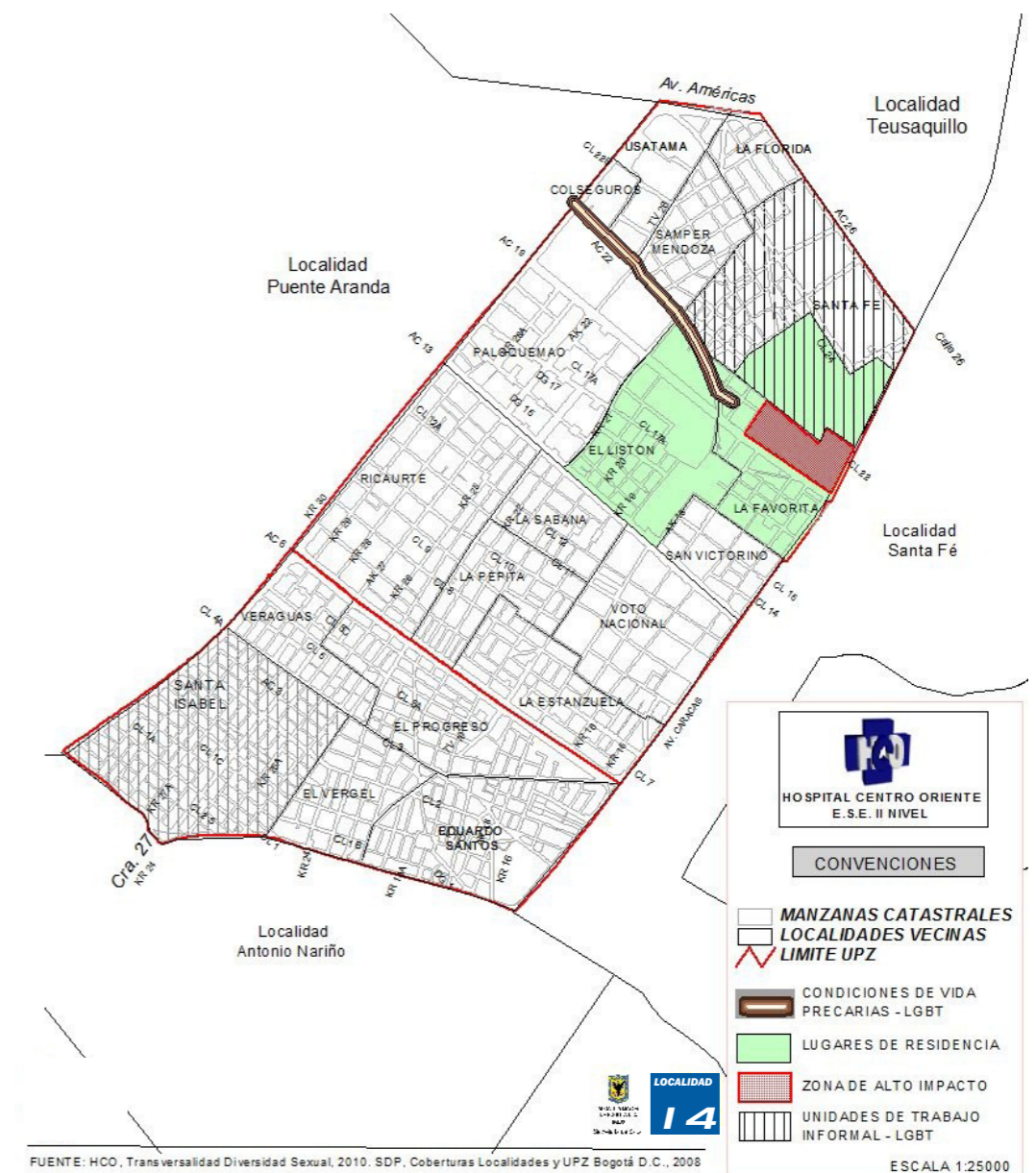
La subsecretaría de integración social encontró durante el 2009 en sus recorridos 176 mujeres transgeneristas en ejercicio de la prostitución en esta zona. Su nivel educativo promedio es la básica primaria y en todos los casos la causa de su deserción escolar se encuentra en factores asociados a la construcción de su identidad de género como el desplazamiento a otras zonas urbanas o la discriminación en el entorno escolar.⁴²

40 Hospital Centro Oriente. *Ámbito comunitario, intervención población en situación de prostitución. 2009*

41 Hospital Centro Oriente. *Intervención LGBTI. Documento Diagnóstico. Archivo salud pública 2010 pag5*

42 Secretaría de integración social. *Estadísticas reportadas en la mesa L.G.B.T.I. de la localidad de Mártires.*

Mapa 8. Población LGBTI. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C., 2009



FUENTE: Hospital Centro Oriente. *Diagnóstico local 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.*

Estas mujeres transgeneristas que ejercen la prostitución en la Zona de Alto Impacto residen principalmente en los barrios Santa Fe, La Favorita y el Listón en la localidad de Mártires. Sus condiciones de hábitat son precarias, viven en barrios de inquilinatos y en muchas ocasiones en condiciones de hacinamiento. Tanto su actividad económica, las condiciones de vida asociadas y las relaciones que establecen, aparecen ligadas a violencia de pareja y relaciones de competencia y agresividad con su entorno cercano, establecimiento de relaciones de dependencia económica y emocional, entre otras problemáticas asociadas.

En el barrio Santa Isabel y en el Barrio Santa Fe de esta misma localidad se hallan unidades de trabajo informal de personas transgeneristas, (centros de estética y peluquerías). Actividad que terminan constituyéndose como única salida laboral de estas personas.

Situaciones de precariedad y fragilidad social llevan a algunas personas de población L.G.B.T.I en la localidad a terminar en condiciones de habitante de calle o como usuarias de los hogares de paso de la localidad estas personas se desplazan en el corredor que da de la Zona de Alto Impacto vía la carrilera del tren en la calle 20 hasta la zona de Colseguros o vía la calle 24 hacia la misma zona.

Las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales en el Distrito Capital han sido históricamente discriminadas y excluidas en muchos contextos, por causas sociales, culturales, económicas, políticas, religiosas y de otra naturaleza, haciendo de estos sujetos y sujetas el blanco de innumerables vulneraciones de los derechos fundamentales. En la localidad los Mártires se intensifican los requerimientos de salud por parte de las transgeneristas; según documento realizado por la Corporación Opción, se ha encontrado un aumento en la tasa de mortalidad a causa del uso inadecuado de procedimientos en las transformaciones corporales que se hacen de manera empírica por personas sin capacitación médico quirúrgica, con consecuencias que van desde una embolia pulmonar difícilmente superable, problemas de salud mental al no obtener los resultados esperados, deformaciones corporales, pérdida de la funcionalidad de algunos órganos, neuralgias permanentes sólo soportables con el consumo exagerado de sustancias psicoactivas, necrosis de tejidos blandos, infecciones crónicas tales como la fascitis necrotizante, problemas cardiovasculares y hepáticos por el uso de estrógenos y progesterona, son algunas de las consecuencias por la falta de asesoría y acompañamiento médico en el curso que lleva construir el modelo de mujer u hombre en concordancia con la identidad de género deseada por una persona transgenerista.

El riesgo y el deterioro aumentan si lo anterior es sumado a la infección con VIH/ Sida. En el caso de la población LGBTI, en la zona de alto impacto, al ser rechazada en sus hogares y estigmatizada por la sociedad, encuentran como primera opción la indigencia y poco a poco se van involucrando en la prostitución, su nivel educativo es bajo y por sus características de género la sociedad no les brinda opciones de trabajo siendo relegadas a la prostitución y/o al estilismo.

1.5.1.6 Habitante de Calle

La localidad Los Mártires presenta en la actualidad el punto de congregación de ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle con el nivel más alto de población. Ubicado en el territorio social del sector: Voto Nacional, el Bronx heredó un alto número de ciudadanos habitantes de calle que antes permanecían en el sector del Cartucho.

En la actualidad la presencia de comercios de reciclaje y las posibilidades que les ofrece el medio, hacen del Bronx un lugar atractivo para personas que ejercen el reciclaje en diferentes Localidades de Bogotá y que se trasladan hasta ahí para vender el producto del día.

El sector del Voto Nacional también ha ganado reconocimiento en muchos de ellos como punto de referencia hacia los servicios que se han destinado para su atención, dándose desde este punto el número más alto de Hogares de Paso.

El sector de La Pepita, según los últimos índices, mantiene un promedio de 68.6 personas diariamente con variaciones entre horarios. El espacio del barrio La Pepita comúnmente conocido como "Cinco Huecos" mantiene una población más renuente al acceso a los servicios del Distrito. Ciudadanos habitantes de calle que suelen usar las modalidades de hogar de paso son ocasionalmente vistos en este sector, observándose el traslado de los mismos por la cercanía con el Bronx, el Voto Nacional es un lugar, en el que habitan ciudadanos de todo el país en condición de habitantes de calle.

Los ciudadanos habitantes de calle encuentran en esta localidad recursos económicos que facilita su mantenimiento; en la generación de ingreso legal o ilegal. Su concentración se focaliza en zonas de alto deterioro urbano en barrios como la favorita y el Voto Nacional, lo que favorece el expendio de sustancias psicoactivas. Igualmente operan grupos organizados que tienen en su control sectores como el Bronx, Cinco Huecos y el barrio La Favorita, en donde es habitual encontrar grandes grupos de habitantes de la calle, comercializando con el reciclaje de las basuras o los objetos obtenidos casi siempre de manera ilícita para la adquisición de las sustancias psicoactivas.

De las 19 localidades urbanas de Bogotá, para el año 2007, la localidad Los Mártires se encuentra en el nivel No. 5 de impacto en cuanto a la presencia de cambuches vigentes con 74 que corresponde al 6,87% del total en la ciudad (1077); siendo la localidad de Barrios Unidos la primera con mayor número de cambuches vigentes con 133 (12,35%) y las últimas Usme y Ciudad Bolívar con 21 (1,95%). Del total de 3364 habitantes de calle en Bogotá, la localidad de Los Mártires se encuentra en el primer nivel de impacto con 889 que corresponde al 26,43% y la última Tunjuelito con 40 (1,19%).

Con relación a parches vigentes, la localidad se encuentra en el nivel No. 2 de impacto con 56 parches vigentes que corresponde al 11,38% de un total de 492 en la ciudad; siendo la localidad de Chapinero la primera en tener mayor número de parches con 64 (13,01%) y la última Tunjuelito con 2 (0,41%). Por último, frente a Habitantes de Calle en parches, de un total de 1733 en Bogotá, la localidad se encuentra en el primer nivel de impacto con 246 personas en parches que corresponde al 14,20% y la última Tunjuelito con 7(0,40%).⁴³

1.6 Perfil Epidemiológico Local

El seguimiento y valoración de los problemas de salud que generan mortalidad, morbilidad y discapacidad en la localidad, permiten aportar a las políticas de salud y la articulación de la red de servicios, para responder de manera más efectiva a las problemáticas encontradas e ir avanzando en la equidad y en un modelo de atención acorde con lo encontrado.

1.6.1 Mortalidad en Mártires

La tasa de mortalidad general⁴⁴ en esta localidad es mayor que la del distrito a pesar de presentar disminución de 0.5 puntos frente al 2005, una de las primeras causas de mortalidad en la localidad de los Mártires, que se ha mantenido desde el 2004 hasta el 2007 están relacionadas con las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas de las mortalidades clasificadas como agresión (homicidios) y secuelas.

La primera causa de muerte en la localidad, puede ser explicada por la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular que según estudio realizado con 509 personas de la localidad, se encontró entre el 5.2% para diabetes y el 45% para obesidad⁴⁵ la segunda causa puede estar relacionada con la presencia de fuerzas en conflicto como: reinsertados, desmovilizados, desplazados y la Zona de Alto Impacto de Los Mártires, situación corroborada a partir de las estadísticas de la Secretaría de Gobierno que ubica la localidad como la segunda en tasa de homicidios en el Distrito Capital durante el 2008.

43 Hospital Centro Oriente. Diagnóstico. Ámbito Comunitario. Intervención Habitante de Calle. Localidad los Mártires. 2009

44 Subsistema de Estadísticas Vitales, datos preliminares 2007.

45 Universidad Nacional de Colombia. Prevalencia factores de riesgo cardiovascular. Localidad de los Mártires. Revista Facultad de Medicina 2003

1.6.1.1 Mortalidad infantil

En la localidad Los Mártires la tasa de mortalidad infantil en menores de un año pasa de una razón de 12.9 por 1.000 nacidos vivos en el año 2007 a 11.3 en el año 2009 manteniéndose aún alta con casos de mortalidad que se concentran en la zona de alto impacto de la localidad (barrio Santa Fe).

Dado que la meta distrital es reducir la tasa a 9.9 por 1.000 N.V al año 2012 (tabla 6) siendo las primeras causas de muerte infantil el síndrome de dificultad respiratoria aguda; las edades de las madres se ubican entre 16 y 20 años con un número de hijos vivos de 1 a 2 y con un nivel educativo de secundaria básica.

Tabla 6. Mortalidad Infantil. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C. 2007-2009

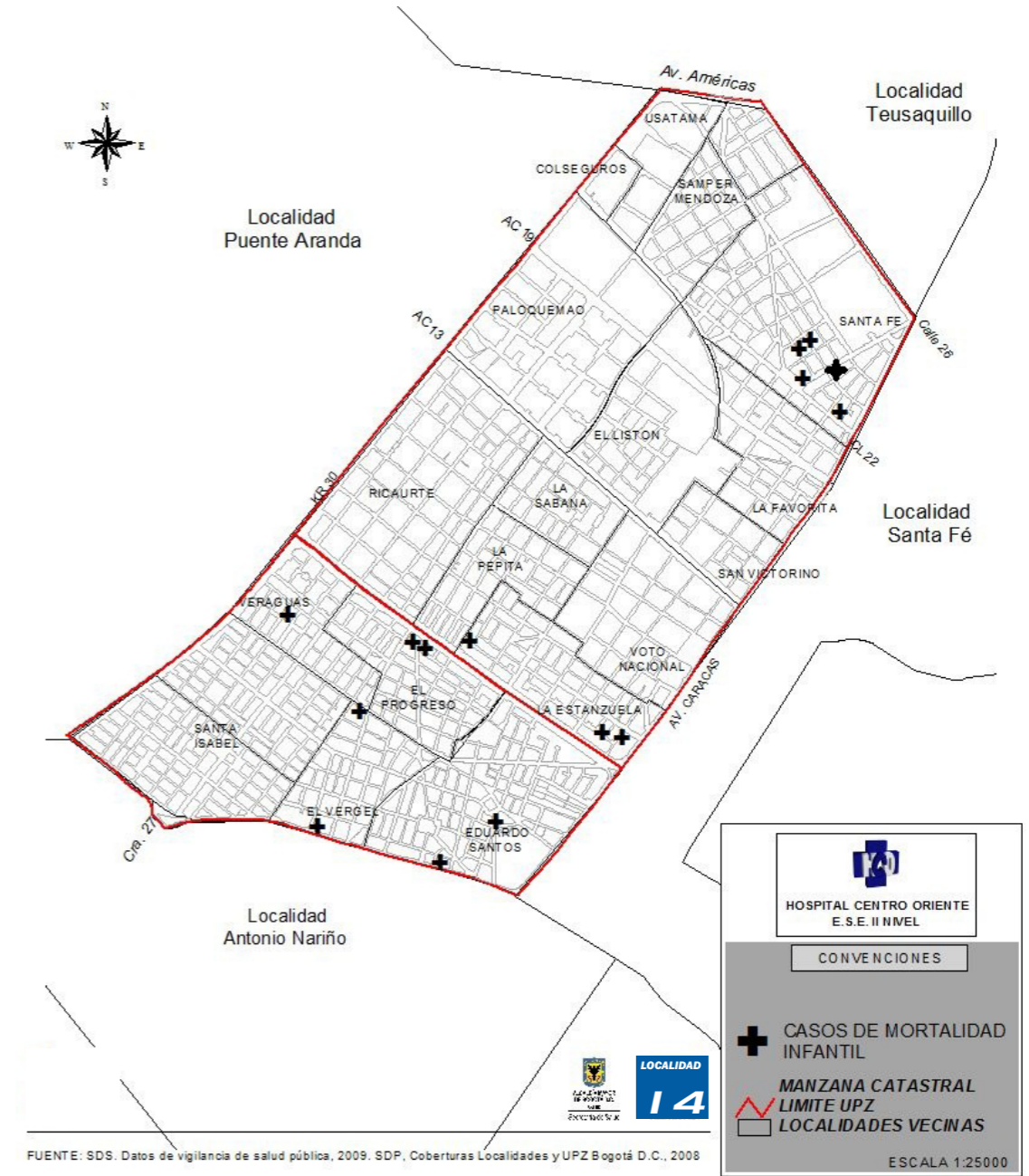
| AÑO | MÁRTIRES | | BOGOTÁ | |
|------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | NÚMERO DE MUERTES | RAZÓN POR 1000 NV | NÚMERO DE MUERTES | RAZÓN POR 1000 NV |
| 2007 | 19 | 12,9 | 1559 | 13,8 |
| 2008 | 23 | 16,1 | 1476 | 12,6 |
| 2009 | 15 | 11,3 | 1339 | 11,7 |

Fuente: Bases De Datos Preliminares SDS 2007 – 2009

La mortalidad infantil tiene dos grandes grupos de causas: el componente socioeconómico y el acceso a los servicios de salud. El impacto sobre el primero está directamente asociado al deterioro general en las condiciones de vida (desempleo, inseguridad alimentaria, inestabilidad laboral), factores culturales, desconocimiento y falta de empoderamiento frente al derecho a la salud, condiciones de deterioro habitacional entre otros), mientras que el impacto sobre el segundo componente está más directamente relacionado con el acceso a servicios y a tecnología de calidad.

Las tasas de mortalidad de la población de la Localidad y las situaciones que afectan en gran medida a los niños y niñas están relacionadas con la salud de sus madres, las condiciones socioeconómicas y psicológicas de sus hogares y el acceso y la oportunidad de los servicios de salud, así como con la condición ambiental de la localidad. Como se observa en el mapa 9, el mayor número de casos se presentó en la zona de alto impacto la cual presenta las situaciones anteriormente mencionadas.

Mapa 9. Mortalidad infantil. Localidad Los Mártires, Bogotá D.C, 2010



FUENTE: SDS. Datos vigilancia de salud pública, 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

1.6.1.2 Mortalidad materna y perinatal

La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de grandes esperanzas; es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños. Todo lo anterior trae como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general.⁴⁶

La razón de mortalidad materna es un indicador del estado de salud de una población. En la localidad se presentó una muerte materna que representa una razón de 70.2 para el año 2008. Este indicador mejoró en el año 2009 y primer semestre del 2010 en la localidad, ya que no se presentó ningún caso de mortalidad materna; por el contrario, durante este mismo periodo en Bogotá se aumentó la razón en comparación al 2008, año en el cual se acercó a la meta del milenio (reducir la razón de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos para el 2012) presentando una razón de 50.8 por 100.000 nacidos vivos en el 2009, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 7. Mortalidad materna (razón por 100000 NV) Bogotá - Localidad Los Mártires 2008 – I semestre 2010

| AÑO | MÁRTIRES | | BOGOTÁ | |
|------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| | NÚMERO DE MUERTES | RAZÓN POR 100000 NV | NÚMERO DE MUERTES | RAZÓN POR 100000 NV |
| 2008 | 1 | 70.2 | 45 | 38.06 |
| 2009 | 0 | 0 | 58 | 50.8 |
| I Sem 2010 | 0 | 0 | 24 | 21.0 |

FUENTE: SDS. Bases de datos preliminares 2008– I sem 2010.

La mortalidad presentada en la localidad de Mártires corresponde a una gestante domiciliada en el territorio social 1 (zona de concentración de problemas sociales). Entre las problemáticas identificadas para la ocurrencia de este evento están: los estilos de vida, el desconocimiento de signos de alarma, deberes y derechos frente a la salud. Para el año 2009 y primer semestre de 2010 no se presenta ningún caso de mortalidad materna en la localidad, lo cual puede estar relacionado con los programas y estrategias materno infantiles que se están desarrollando en el distrito capital las cuales se basan en acciones que van desde el refuerzo de la promoción y prevención con “Salud a su Casa” hasta el fortalecimiento de la calidad en la atención y la mejora en la infraestructura hospitalaria⁴⁷.

En cuanto a Mortalidad Perinatal en la localidad Los Mártires, disminuyó en el año 2009 comparado con el año 2008, pasando de 11.2 a 8.3. (Meta distrital reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por 1000 NV año 2012) como se observa en la tabla 8.

⁴⁶ C. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Washington D.C. 1996.

⁴⁷ Tomado de <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/mortalidadmaterna.aspx.diciembre 2010>

Tabla 8. Mortalidad Perinatal. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2010
Bogotá D.C. 2007-2009

| AÑO | LOS MÁRTIRES | | | BOGOTÁ | | |
|------|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------|---------------------------|------------------|
| | Muertes Perinatales | Nacidos Vivos mas fetales | Tasa por 1000 NV | Muertes Perinatales | Nacidos Vivos mas fetales | Tasa por 1000 NV |
| 2007 | 10 | 1471 | 6.7 | 1.610 | 115.737 | 13.9 |
| 2008 | 16 | 1.428 | 11.2 | 1.690 | 116.592 | 14.5 |
| 2009 | 11 | 1.327 | 8.3 | 1.596 | 114.156 | 14.0 |

Fuente: Bases de Datos Secretaría Distrital de Salud 2007 - 2009

1.6.1.3 Mortalidad por desnutrición

En la localidad entre los años 2007 y 2008, no se presentaron defunciones por desnutrición como se observa en la tabla 9, sin embargo, debe tenerse en cuenta el subregistro de desnutrición como causa directa o asociada de muerte de menores de 5 años, aunque no son sólo cifras, también se debe evaluar que tan crítica es la situación nutricional de la infancia, o tan grave es la situación social que viven los niños en la localidad y qué tan efectivas han sido las políticas nutricionales desarrollados por el Estado donde en Colombia cerca de 10.000 niños y niñas menores de 5 años mueren por causas prevenibles y por lo menos el 30% ocurre por desnutrición, igualmente la malnutrición continúa afectando el crecimiento y desarrollo de nuestro niños generando enfermedades, muerte, retardo en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y deterioro de las capacidades cognitivas, reproduciendo la pobreza y la desigualdad.

Tabla 9. Mortalidad por desnutrición. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C., 2010.

| AÑO | MÁRTIRES | | BOGOTÁ | |
|------|------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------|
| | NÚMERO DE MUERTE | RAZÓN POR 100000 menor a 5 años | NÚMERO DE MUERTES | RAZÓN POR 100000 menor a 5 años |
| 2007 | 0 | 0 | 15 | 2,5 |
| 2008 | 0 | 0 | 11 | 1,9 |
| 2009 | 1 | 14,5 | 6 | 1 |

Fuente: Bases de Datos Secretaría Distrital de Salud 2007 - 2009

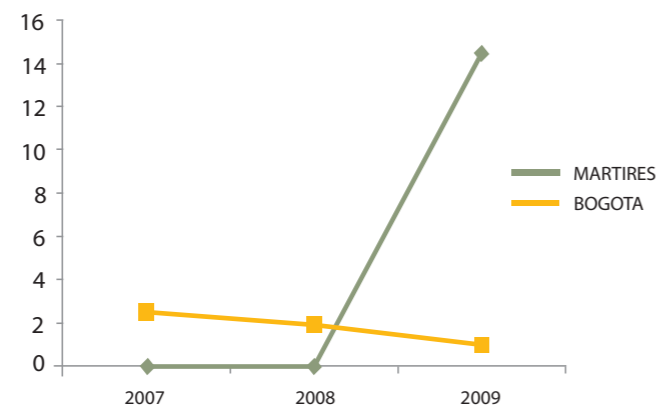
1.6.1.4 Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

En la localidad de Los Mártires se presentó en el 2009 una tasa de mortalidad por EDA de 14.5 (1 caso) como se observa en la gráfica 4, lo cual no favorece a la tasa distrital propuesta para el año 2012 (reducir la tasa a 1 caso x 100.000 menores de 5 años, partiendo de una línea de base de 2 casos x 100.000 menores de 5 años.)

Es de anotar que la mortalidad se dio en el grupo étnico Embera- katio en situación de desplazamiento provenientes de Risaralda, los cuales presentan algunas problemáticas como falta de seguridad alimentaria y el escaso acceso a los servicios básicos e infraestructura lo cual influye en las condiciones de salud especialmente en los niños y las niñas, quienes padecen de desnutrición, parásitos y enfermedades respiratorias y diarreicas agudas, las cuales se agravan

en Bogotá por el cambio de clima y las condiciones ambientales de la ciudad, la situación de mendicidad y el hacinamiento crítico de las viviendas donde habitan⁴⁸, a estos factores se suma el desconocimiento de los signos de alarma ante signos de deshidratación y barreras de acceso socioculturales a los servicios de salud.

Gráfica 4. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2007- 2009.

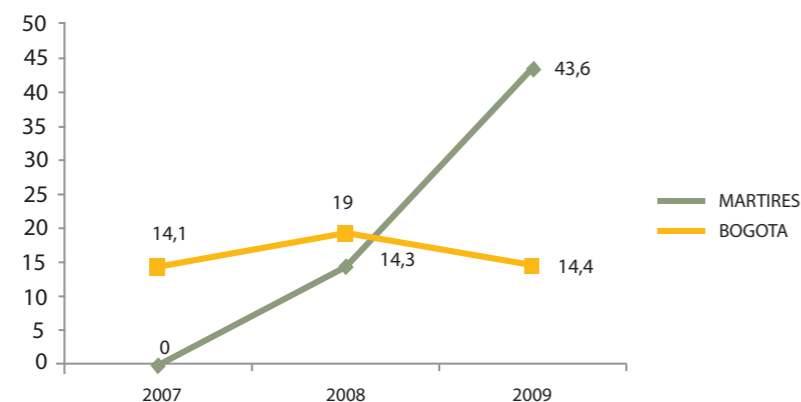


FUENTE: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales

1.6.1.5 Mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda –ERA

Dentro de las Enfermedades respiratorias agudas (ERA) la que mayor mortalidad presenta, especialmente en los menores de un año, es la neumonía. La tasa de mortalidad por neumonía para la localidad pasa de 14.3 en el año 2008 a 43.6 en 2009. Como se observa en la gráfica 5, se presentó un incremento en la mortalidad por esta causa, pasando de 0 casos en el 2007 a 3 casos para el año 2009.

Gráfica 5. Mortalidad por neumonía. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2007-2009



FUENTE: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales

Dentro de los factores que contribuyeron a la mortalidad en los niños se encontraron: la no identificación de señales y signos de alarma por el cuidador y/o responsable del menor, el desconocimiento de derechos y deberes en aseguramiento en salud, el no seguimiento a los usuarios, falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención.

1.6.2 Morbilidad en Mártires

La salud en la localidad está relacionada en buena parte con el ambiente y su contaminación; Mártires al estar localizada en el centro de la ciudad cuenta con vías principales como la Avenida Caracas, Cra. 30, Av. El Dorado, entre otras, recibiendo emisiones de los automóviles como fuentes de contaminación atmosférica y constituyendo el 60% de la contaminación total, dichos vehículos arrojan al aire entre otras sustancias, monóxido de carbono, hidrocarburos y óxidos de nitrógeno, dióxido de azufre en aquellos que utilizan el combustible diesel aunado al material particulado. Bogotá es hoy la tercera ciudad más contaminada de América Latina, seguida por Santiago de Chile y ciudad de México, según indicadores del Banco Mundial; lo que se ve reflejado en la morbilidad sentida, donde la tercera causa de consulta corresponde a infección respiratoria aguda como se observa en la Tabla 10 (otras infecciones agudas, de vías respiratorias superiores); eventos como parasitosis intestinal, se pueden relacionar con condiciones de saneamiento básico inadecuadas y malas prácticas de auto cuidado, máxime si estas personas provienen de los territorios sociales 1 y 2 caracterizados por salud a su casa donde aproximadamente el 11% de ellos no cuentan con los servicios públicos adecuados.

Tabla 10. Morbilidad General Doce Primeras Causas. Servicio Consulta Externa. Hospital Centro Oriente. Bogotá D.C.2008

| | DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO | CASOS | % |
|----|--|--------------|------------|
| 1 | Hipertensión esencial (primaria) | 9478 | 19.4 |
| 2 | Otros trastornos de dientes y de sus estructuras de sostén | 4096 | 8.4 |
| 3 | Otras infecciones agudas de las vías respiratorias | 3115 | 6.4 |
| 4 | Trastornos de acomodación y refracción | 2751 | 5.6 |
| 5 | Caries dental | 2688 | 5.5 |
| 6 | Trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos | 1562 | 3.2 |
| 7 | Gastritis y duodenitis | 1446 | 3.0 |
| 8 | Diabetes mellitus | 1116 | 2.3 |
| 9 | Desnutrición | 1022 | 2.1 |
| 10 | Otras helmintiasis | 939 | 1.9 |
| 11 | Enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos femenino | 903 | 1.9 |
| 12 | Diarrea y gastroenteritis | 636 | 1.3 |
| | OTRAS CAUSAS | 19025 | 39.0 |
| | TOTAL | 48777 | 100 |

Fuente: Área de Sistemas. Hospital Centro Oriente RIPS, 2008

La causa de mayor consulta en el total grupos de edad año 2008 en el Hospital Centro Oriente corresponde a hipertensión esencial primaria con un porcentaje de 19.4 seguidas de otros trastornos de los dientes y de su estructura de sostén con 8.4 por ciento. Estos eventos pueden ser evitables e intervenidos a tiempo con adecuadas prácticas alimentarias, actividad física y asistencia a consultas de promoción y prevención, ofertadas por las EPS públicas y privadas.

Teniendo en cuenta la etapa del ciclo vital como eje ordenador del análisis de morbilidad, en la etapa del ciclo vital infancia, las primeras causas de consulta son enfermedades respiratorias aproximadamente con el 31,7% de la consulta externa para los menores de 1 años como se observa en la tabla 11. En el grupo de 5-14 años de edad, son los problemas dentales los que se ubican en las primeras causas.

En lo relacionado con los trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén, así como la caries dental, en una población de 1.415 niños y niñas, abordados desde el ámbito escolar y comunitario el 67% presentaba caries severa y 23% otro tipo de patologías de la cavidad oral.

Tabla 11. Morbilidad por consulta total en menores de un año .Localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2008

| DESCRIPCIÓN DE DIAGNÓSTICO | CASOS | % |
|--|------------|------------|
| 1 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias | 225 | 31.7 |
| 2 Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda | 90 | 12.7 |
| 3 Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo | 64 | 9.0 |
| 4 Deformidades congénitas de la cadera | 48 | 6.8 |
| 5 Enfermedades del esófago | 34 | 4.8 |
| 6 Desnutrición | 22 | 3.1 |
| 7 Diarrea y gastroenteritis | 20 | 2.8 |
| 8 Otras enfermedades virales | 19 | 2.7 |
| 9 Conjuntivitis y trastornos de la conjuntiva | 17 | 2.4 |
| 10 Otras enfermedades del sistema respiratorio | 17 | 2.4 |
| 11 Prepucio redundante, fimosis y parafimosis | 14 | 2.0 |
| OTRAS CAUSAS | 140 | 19.7 |
| TOTAL | 710 | 100 |

FUENTE: Estadísticas. Hospital Centro Oriente. 2008

Según datos de consulta externa, las enfermedades más relevantes del ciclo adultez son: Hipertensión con 3161 casos y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC con 312 casos y 234 del total de casos de hipertensión en el 2007, correspondieron a adultos entre los 27 y 59 años. Siendo enfermedades prevenibles y no transmisibles, posibles de evitar promoviendo hábitos de vida saludable, la actividad física, consumo de frutas y verduras y ambientes libres de humo.

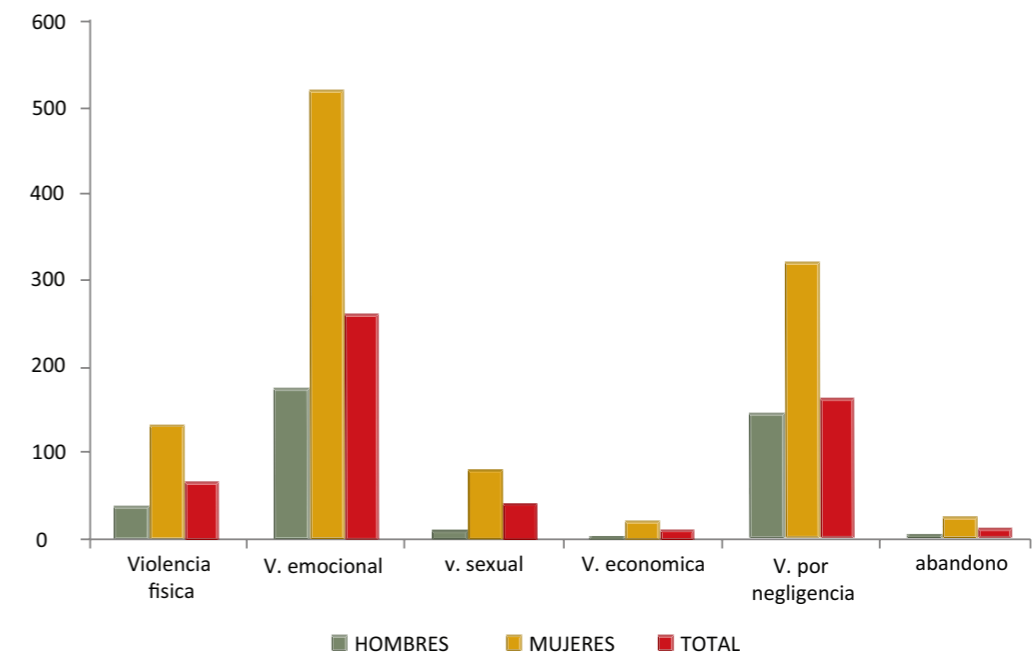
Del total de hogares de la localidad, el 12.7%, debido a su situación económica, no consumen una de las tres comidas diarias, lo que produce malnutrición, tanto en adultos como en los hijos, enfermedades gástricas y se refleja en los principales motivos de consulta. En lo relacionado con las enfermedades transmisibles 24 de 49 casos de tuberculosis se registraron en el 2008. Las inadecuadas condiciones de salubridad de algunos hogares 49 promueven la aparición de enfermedades como la EDA, unido a las inadecuadas prácticas de manipulación de alimentos.

1.6.2.1 La violencia en Los Mártires

En cuanto al comportamiento de la violencia intrafamiliar en la localidad, continúa siendo el género más afectado el femenino con tasas de violencia emocional de 522,3 x 100.000 habitantes

y negligencia - descuido de 321,6 x 100.000 habitantes como se puede observar en la Gráfica 6. Los tipos de violencia señalados no son excluyentes para el mismo agredido, lo que quiere decir que una persona puede ser objeto de una o varias violencias, se aclara que la violencia emocional siempre acompaña a los otros tipos de violencia.

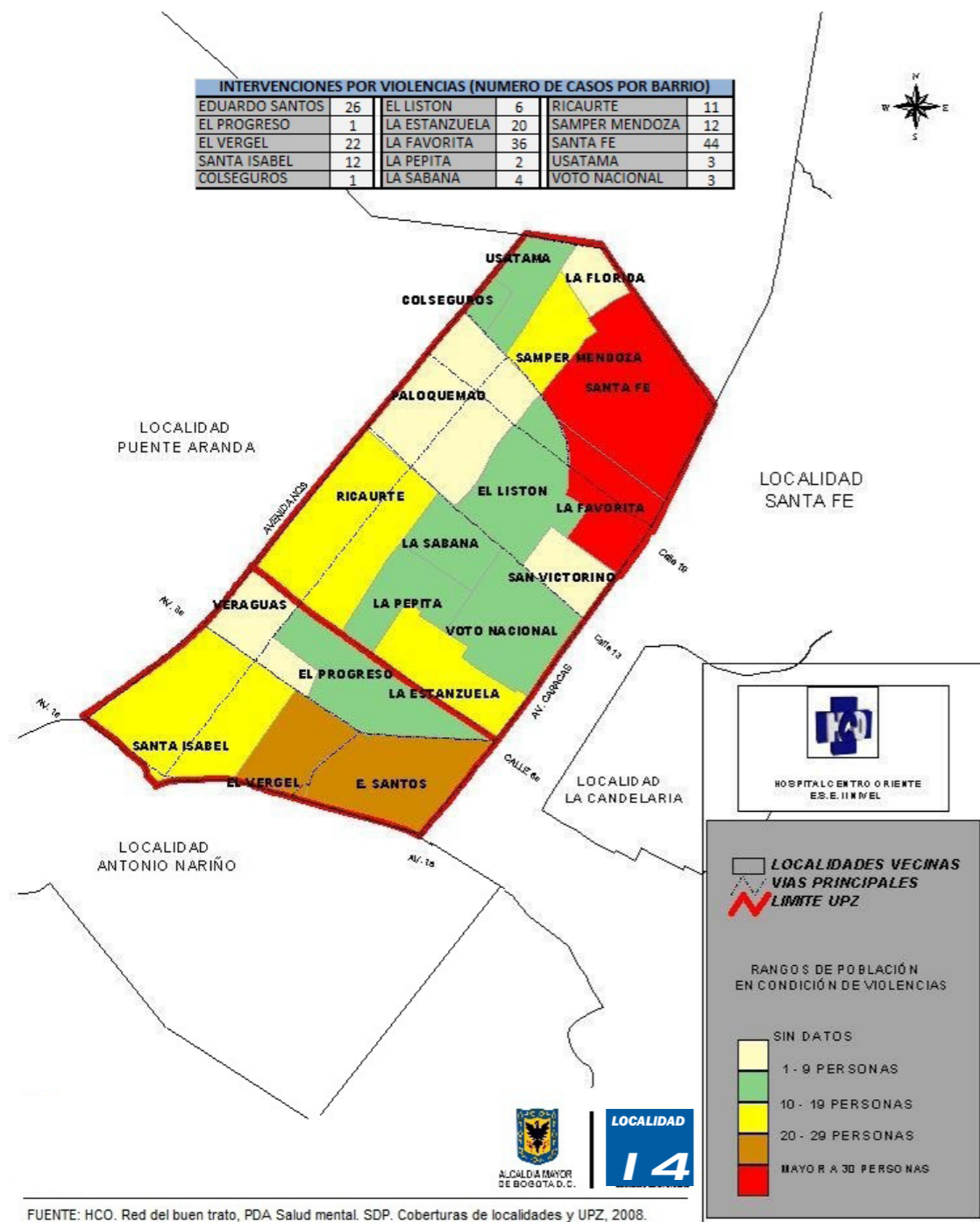
Gráfica 6. Comportamiento de la violencia según tipo (tasa por 100000 habitantes). Localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2008



FUENTE: SDS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia intrafamiliar-SIVIM

En el 2008 el Sistema de vigilancia de violencia y maltrato (SIVIM) del Hospital Centro Oriente reportó 90 casos de violencias contra los menores de 12 años de los cuales el 55% son padecidos por las niñas y en su distribución geográfica se concentra más en los barrios como Santa fe, La Favorita y la Estanzuela de la UPZ 102 La Sabana y particularmente en la zona de condiciones de vida de concentración de problemas sociales y la zona de comercio sexual. (Mapa 10). Así mismo y relacionado con el tema de violencias se empieza a identificar entre los niños de la localidad casos de trabajo y explotación sexual comercial, trabajo infantil y el inadecuado manejo a niños con orientación sexual diferente en ámbito familiar y escolar. También se han identificado 29 niños y niñas menores de 14 años que aparecen como habitantes de la calle en zonas vulnerables y sin respuesta estatal, lo que genera fragilidad social y alta vulnerabilidad para esta población.

Mapa 10. Población en condición de violencias. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2008.



FUENTE: HCO. Red del buen trato, PDA Salud mental. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Los jóvenes no son ajenos a esta problemática; es así como población cubierta por las intervenciones de SIVIM fue de 117 personas en situación de violencia, siendo las UPZ 102 la que representa el mayor número de casos atendidos en violencia (86) y en la UPZ 37 con (31) casos, teniendo en cuenta que el barrio con mayor reporte de violencias fue Santa fe de la UPZ 102 con 40 casos. Esto debido a la concentración de fragilidad social, a raíz de población flotante, habitante de calle, zona de alto impacto, expendio, consumo y venta de drogas.

La violencia emocional arrojó el mayor número de reportes, se dio el 100% de los casos atendidos. En relación con el género se encontró que las mujeres con 80 (68.3%) de los casos, presentan la tasa más alta en esta violencia. En un menor porcentaje juventud con 12 (10.2%) de los casos. Esto se explica debido a que el registro de los diferentes tipos de violencia siempre debe incluir al maltrato emocional por considerarse éste un aspecto del ser humano afectado en cualquier evento en el cual es agredido.

El maltrato por negligencia obtuvo el segundo lugar en número de casos atendidos con un total de 74 (63.2%). En relación con el género se encontró que las mujeres con 44(59.4%) evidencian la tasa más alta en esta violencia. La etapa de ciclo vital juventud con 3 (4%)

La violencia física ocupó el tercer lugar en número de casos atendidos, (22) representando el 18.8%. En relación con el género se encontró que las mujeres en un 72.7% (16) presentan los índices más altos. La etapa de ciclo vital juventud representó el 31.8% (7) de los casos. La violencia sexual ocupó el cuarto lugar con un 15.3% (18) donde el mayor porcentaje de los casos atendidos fueron mujeres (16).

En relación con la violencia por abandono, se hizo un total de 4 seguimientos. En relación con el género se evidencia que se presenta de igual forma en hombres y mujeres con 2 casos por cada uno, juventud y persona mayor no reportan.

En la localidad de Mártires se reportaron 18 casos de intento de suicidios en la población joven. El suicidio consumado presenta una tasa al 2009 de 4,1 con 1,4 puntos por encima de la Distrital (3,5) como se aprecia en la tabla 11 y por lo que se ha propuesto como evento prioritario la salud mental debido a que este evento está asociado con altos niveles de depresión, la situación socioeconómica de los hogares en la localidad y la falta de posibilidades de empleo de los adultos, que afectan el desarrollo integral de los niños y niñas.

Frente a al intento suicida ha venido incrementándose la tasa, aunque es bajo frente a las cifras Distritales (26,43), dado que hay una alta probabilidad de repetir y consumir el evento, lo que requiere monitoreo y seguimiento continuo por las familias y las entidades competentes.

FUENTE: Hospital Centro Oriente. Red del buen trato, PDA Salud mental. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Tabla 12. Intento de Suicidio y Suicidio Consumado. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2007-2009

| EVENTO | LOS MÁRTIRES | | | BOGOTÁ | |
|---------------------|--------------|----------------------------|----------|----------------------------|-------|
| | PERSONAS | Tasa por 100000 habitantes | PERSONAS | Tasa por 100000 habitantes | |
| Intento de suicidio | 2007 | 16 | 16.75 | 994 | 13.47 |
| | 2008 | 24 | 24.76 | 1950 | 26.43 |
| | 2009 | ND | ND | ND | ND |
| Suicidio consumado | 2007 | 5 | 5.18 | 228 | 3.23 |
| | 2008 | 4 | 4.13 | 262 | 3.54 |
| | 2009 | 4 | 4.1 | 254 | 3.5 |

Fuente: Cálculos veeduría Distrital, con base en datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, DRIP. Fecha de corte 15 de febrero de 2010.

Se hace evidente el entorno como violento para las adultas y los adultos al observar la elevada tasa de homicidios en la localidad que está en 50,1 por cien mil habitantes frente a 19,0 la tasa de Bogotá; la tasa de suicidio por cien mil habitantes que es mayor para esta localidad que para la ciudad, 6,38 frente a 3,54; la ocurrencia de hurtos a personas y establecimientos validada por los incrementos en la percepción de aumento de inseguridad de las personas que está en el 59%, la cual se ha relacionado con las condiciones socioeconómicas (desempleo) y la presencia de grupos delictivos y ubica la localidad como un escenario de baja victimización y alta percepción de inseguridad.

La etapa del ciclo vital adulto se identifica por ser la encargada del sostenimiento económico y hay poca vinculación con prácticas deportivas, procesos de capacitación y actualización, en esta etapa se notificaron 159 casos de violencia intrafamiliar, siendo la violencia emocional con el (38,8%) y 112 casos presentando la mayor proporción.

1.6.2.2 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número de hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, así como el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.⁵⁰

⁵⁰ Tomado de <http://salud.rionegro.gov.co/diciembre2010>

La política de salud sexual y reproductiva cuenta con 6 líneas de acción siendo estas Maternidad segura, Planificación familiar, Salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, Cáncer de cuello uterino, Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA y Violencia doméstica y sexual. A continuación se describen las acciones realizadas desde el hospital Centro Oriente en cuanto a cáncer de cuello uterino e infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA en la localidad.

1.6.2.2.1 Cáncer de cuello uterino

Durante el año 2009, en el Hospital Centro Oriente se tomaron 5756 citologías, de las cuales 511 pertenecen a resultado anormal y fueron reclamados 464 resultados. Durante el año 2009 y primer semestre del 2010 en la localidad de Los Mártires se tomaron 1536 citologías, de las cuales 71 presentaron resultado anormal asociado a virus de papiloma Humano (VPH) como se observa en la tabla 13.

Tabla 13. Distribución cobertura de citologías vaginales. Localidad Los Mártires. 2008 – I sem 2010

| AÑO | 2008 | 2009 | I SEMESTRE 2010 |
|----------------------------|------|------|-----------------|
| Meta | 5784 | 4272 | 4200 |
| Citologías tomadas | 1634 | 1773 | 703 |
| Citologías asociadas a VPH | | 50 | 21 |

Fuente: Programa de Salud Sexual y reproductiva. 2009- I semestre 2010

1.6.2.2.2 Infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA

El Hospital Centro Oriente ha diagnosticado en los últimos 5 años un total de 92 casos de VIH (+) entre población general y gestantes, afiliada a EPS Subsidiadas y población participante vinculada. Durante el año 2009 el hospital en localidad de Mártires, diagnosticó 2 gestantes con VIH (+) y 4 casos en la población general, con edades comprendidas entre 10 y 44 años.

La detección temprana de los casos positivos en gestantes y la remisión oportuna al nivel atención en salud correspondiente, disminuye los casos de transmisión de madre-hijo. En la población general la detección precoz permite mejorar la recepción del tratamiento en forma oportuna, el auto cuidado y calidad de vida.

En el año 2009 se realizaron 1798 asesorías pre test para VIH de las cuales el 59.12% de los asesorados se realizaron prueba de Elisa, el 26% del total de asesorados asistió a asesoría pos test para VIH es decir finalmente reclamaron el resultado de la prueba.

En el año 2010 hasta el mes de Septiembre o tercer trimestre se realizaron 1360 asesorías pre test para VIH de las cuales el 64.6% asistieron a la prueba de Elisa, el 28% del total de asesorados asistió a la asesoría pos test para VIH.⁵¹

1.6.2.3 Enfermedades emergentes

Son aquellas que no existían antes de 1990, para considerarse emergente, debe cumplir con requisitos como: s ya había sido identificada, pero desde un punto de vista médico se le había pasado por alto debido a la imposibilidad de conceptualizarla como entidad gnoseológica; ya existía pero no se reparó en ella hasta que hubo cambios cualitativos o cuantitativos en sus manifestaciones; no existían en una región en particular antes que se introdujera en ella, procedente de otras regiones;

⁵¹ Hospital Centro Oriente. Ámbito IPS. [Documento en CD ROM] Programa Salud Sexual y Reproductiva 2010

hasta entonces sólo existía en la población animal y no en la población humana; es completamente nuevo el agente desencadenante de la enfermedad o no existían condiciones ambientales antes de que aparecieran las primeras manifestaciones clínicas.

1.6.2.3.1 Influenza AH1N1

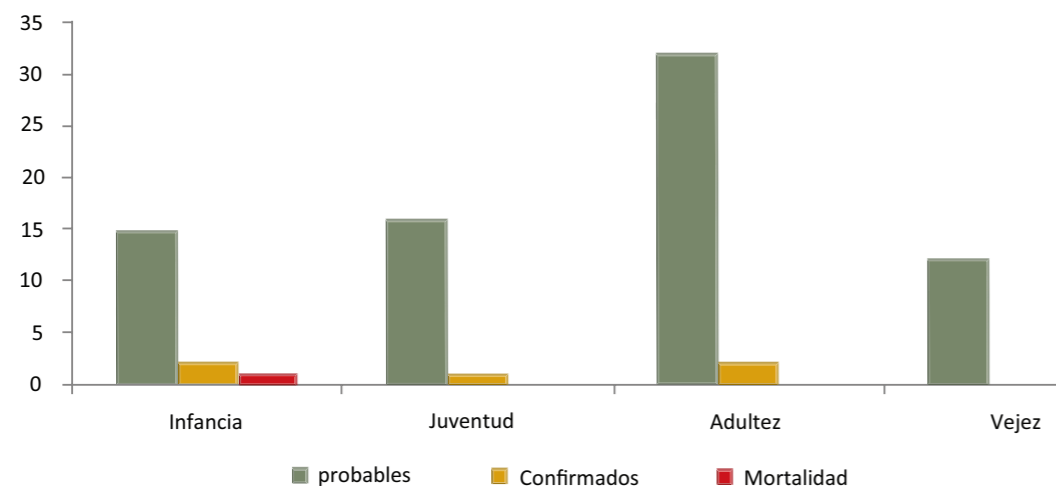
Se trata de un patógeno del tipo H1N1, pero nunca antes detectado: tiene componentes porcinos, aviáres y humanos. Se contagia de humano a humano por las vías aéreas, como la gripe estacional, no sólo por contacto con cerdos; a diferencia de otras gripes es más grave en niños y ancianos, la AH1N1 también afecta a adultos sanos.

El período de incubación del virus es alrededor de cuatro o cinco días, y se manifiesta con síntomas parecidos a los de la gripe: fiebre por encima de los 39 grados, tos, dolor de cabeza, dolor muscular, falta de apetito, náuseas y congestión nasal. Los viajeros a zonas afectadas deben tomar medidas: extremar la higiene, usar pañuelos desechables, evitar tocarse boca, ojos y nariz y vigilar su salud después del viaje. Hasta ahora, el antigripal Tamiflu (oseltamivir) ha sido efectivo para prevenirlo y combatirlo. Otros fármacos son ineficaces, por lo que hay riesgo que también desarrolle resistencia a éste. Su morbilidad suele ser alta y su mortalidad baja (1-4%).

Según explica la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su página Web, los virus de la gripe AH1N1 (o influenza AH1N1) más comunes son del subtipo H1N1, aunque también hay otros subtipos como son H1N2, H3N1, H3N2.⁵²

Por lo general, los virus de la gripe AH1N1 no infectan a los humanos, aunque ocasionalmente se ha informado de brotes en personas en contacto directo con cerdos. Hay también algunos casos documentados de transmisión entre personas. Por ejemplo, en 1988, un brote de gripe AH1N1 en cerdos en Wisconsin (Nueva Jersey, Estados Unidos) causó múltiples infecciones en seres humanos y se pudo comprobar la transmisión del virus de un paciente a personal de atención médica.

Gráfica 7. Casos de influenza AHINI según ciclo vital. Localidad 14 Mártires. Bogotá D.C. 2009.



Fuente: Base de datos influenza AH1N1, área vigilancia epidemiológica. Hospital Centro Oriente, año 2009

Con ocasión de la aparición mundial de pandemia por influenza AH1N1 declarada desde el mes de mayo de 2009 por la Organización Mundial de la Salud [OMS] los equipos básicos de salud familiar y comunitaria realizaron actividades de educación con las familias haciendo énfasis en la prevención del contagio y las complicaciones de esta afección. Se dieron lineamientos de acuerdo con la estrategia diseñada desde el nivel central y hasta el 30 de mayo se descartaron todos los casos identificados como sospechosos. Los integrantes de los equipos fueron sensibilizados frente a la articulación con los equipos de vigilancia en salud pública (VSP) en la captación de casos sospechosos y el seguimiento telefónico o presencial de los mismos hasta obtener la información del descarte.⁵³

El comportamiento de la influenza A H1N1 en la localidad correspondió a la confirmación de cinco casos en las etapas de ciclo infancia, juventud y adultez, como se observa en la gráfica 7. Dicho comportamiento es semejante a lo reportado en el Distrito según etapa de ciclo vital, donde el mayor número de casos reportados se encuentra en adultez y juventud; se han venido tomando las medidas sugeridas por la Secretaría de Salud como capacitación continua sobre lavado de manos y detección de síntomas de alerta a funcionarios y comunidad.

1.6.2.4 Enfermedades Transmisibles

La morbilidad por enfermedades de notificación obligatoria hace referencia a eventos mórbidos de alto potencial epidémico que son notificados semanalmente al Sistema de Vigilancia Intensificada (SIVIGILA) por las Unidades Primarias Generadoras de Datos notificadoras UPGD (instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud) de la localidad Los Mártires al Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Centro Oriente y éste a su vez a la Secretaría Distrital de Salud.

En el 2009 se recibió la notificación de 20 personas con diagnóstico de tuberculosis residentes de la localidad de Mártires, 15 hombres y 5 mujeres, 9 con tuberculosis (TB) pulmonar y 11 con tuberculosis extrapulmonar 4 pacientes con coinfección TB – VIH (20%). De todos los pacientes, 14 residen en la UPZ 102 La Sabana (70%) y 6 en la UPZ 37 Santa Isabel (30%). La elevada proporción de pacientes con TB Extrapulmonar y con coinfección con VIH se relaciona con la población vulnerable del sector: trabajadores sexuales, desplazados, indígenas y ciudadanos habitantes de calle. Durante las visitas se brindó educación sobre las generalidades de la tuberculosis a los contactos registrados y se canalizaron los niños y sintomáticos respiratorios a la aseguradora correspondiente para su estudio diagnóstico. Considerando la población vulnerable que vive en el sector, se realizaron Jornadas de Sensibilización en Tuberculosis en comedores comunitarios, hogares geriátricos, albergues de desplazados y trabajadores sexuales en la zona de alto impacto.

Durante el año 2009 se diagnosticó un paciente con Lepra en el Hospital de San José pero que reside en la Localidad de Kennedy; tampoco se recibió notificación de pacientes nuevos de esta enfermedad residentes en la Localidad. En cuanto a enfermedades transmitidas por vectores, durante el 2009 se diagnosticaron en las Unidades Primarias Generadoras de Datos UPGD de la Localidad 68 casos de dengues clásicos y 14 dengues hemorrágicos, seis pacientes con malaria, tres por plasmodium vivax y una por plasmodium falciparum y dos mixtas, dos pacientes con leishmaniasis una cutánea y uno con leishmaniasis mucocutánea.

52 Tomado de: <http://www.who.int/publications/es/>[consulta: noviembre2009]

53 Tomado de http://www.shd.gov.co/portal/page/portal/portal_internet. [consulta: diciembre2010]

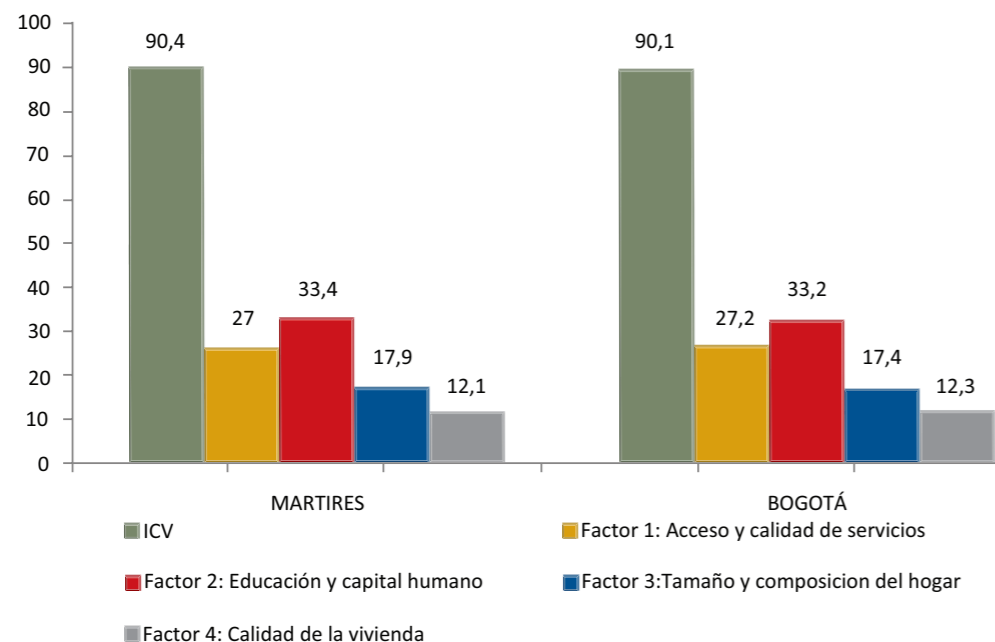
2.

2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA RELACIÓN PRODUCCIÓN-CONSUMO

La encuesta de calidad de vida y salud 2007 indica para la localidad que el índice de condición de calidad de vida es de 90.44, mayor que el de Bogotá (90.09) y al de otras localidades como Antonio Nariño, barrios Unidos, Kennedy y la Candelaria, en los componentes de educación, capital humano, tamaño y composición del hogar, como se observa en la gráfica 8, no obstante, los indicadores de Pobreza y miseria continúan siendo superiores al de otras localidades; ejemplo de ello es que el 3.6% de los hogares son pobres, el 0.1% ésta en condiciones de miseria según el índice NBI; las personas pobres por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) presenta el mayor porcentaje de prevalencia (5,4%), seguido por personas en hogares con hacinamiento crítico y alta dependencia económica (3,2% y 1,2% respectivamente), sin embargo la localidad está por debajo en pobreza en 1.6 puntos frente a Bogotá.

En cuanto a la auto percepción de la condición de pobre en la localidad en 2007, el 41,8% de las personas se considera en dicha condición frente a un 52,3% en 2003; de la población que se considera en esta condición, el 56.8% manifiesta no poder cubrir sus gastos mínimos.⁵⁴

Gráfica 8. Índice de condiciones de vida. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2007



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida. Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007

2.1 Organización social y productiva del trabajo en el territorio

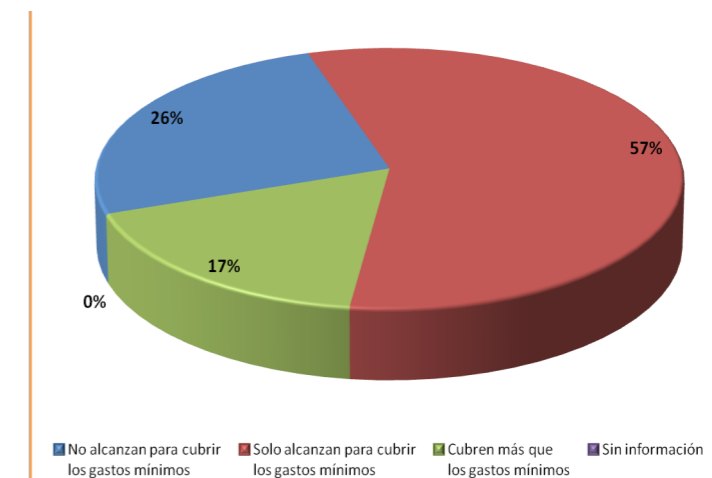
La localidad presentó resultados ligeramente semejantes a la ciudad en su conjunto; destacándose además que por cada persona en edad productiva hay 43 económicamente dependientes (32 niños menores de 15 años, y 11 ancianos mayores de 64 años) con respecto a Bogotá que tiene 47.

De acuerdo con las proyecciones de población de Bogotá más de la mitad de sus habitantes pertenecen al estrato 3 (52,1%) ubicándose en los barrios Santa Isabel, Eduardo Santos, Panamericano, y 36.8% al estrato 1 y 10,1% al estrato 2. La brecha de pobreza en la localidad se ha mantenido de 3,6% en 2003 a 3,6% en 2007.

⁵⁴ Encuesta calidad de vida para Bogotá 2007 Tomado :http://www.sdp.gov.co/resources/calidad_de_vida_07.pdf

Los hogares, según la encuesta de calidad de vida, que no alcanzan a cubrir sus gastos mínimos en el 2003 fueron el 32,7%, para el 2007 este porcentaje bajó a 25,7% hogares, ya que sólo cubren gastos mínimos. Se encontró que en el 2003 el 56,7% de los hogares alcanza a cubrirlos, este porcentaje no tuvo mayor variación en el 2007 donde más de la mitad de los jefes de hogar (57%) manifestaron tener lo apenas necesario para sus gastos básicos y el 17% de hogares manifestaron que cubren más de estos. Como se puede observar en la gráfica 9.

Gráfica 9. Distribución de los hogares por percepción sobre el poder adquisitivo del ingreso

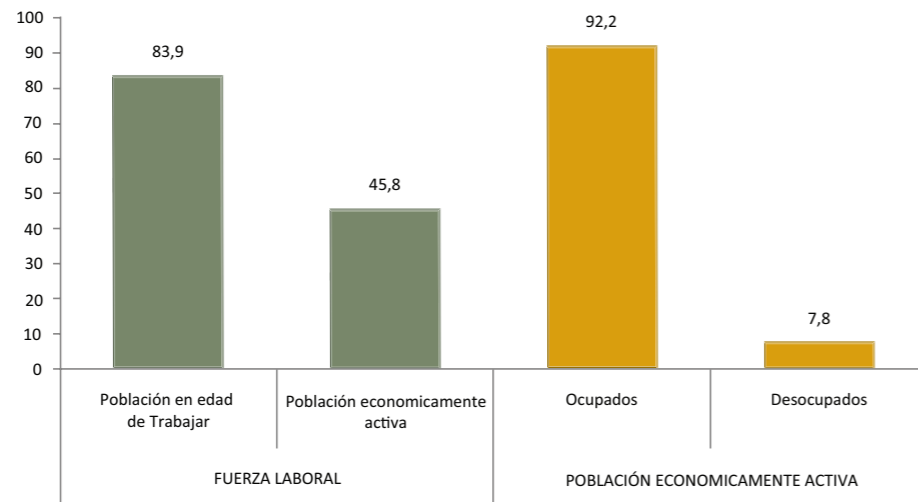


Fuente: Encuesta calidad de vida y salud.2007

Del total de personas de la localidad, 81.045 son personas en edad de trabajar (83.9%), de éstos el 45.8% son económicamente activos y el 92.2% de ellos se encuentran ocupados. (Gráfica 10). Es evidente la brecha de ocupación entre hombres (60,65%) y mujeres (41,22%). Mientras que la población económicamente activa (PEA) corresponde a 44184 personas, la tasa de ocupación (TO) en Mártires es de 50.25, la tasa global de participación (TGP) es de 54.25; siendo el número de desempleados de 3456 con una tasa de desocupación de 7.82, lo cual se relaciona con un número importante de la población flotante como las personas en situación de desplazamiento y grupos étnicos.

La condición socio económica de la población en situación de desplazamiento impide mínimos de estabilidad; viven en hacinamiento por encontrarse refugiados en grupos de familias extensas y numerosas, ubicados en la mayoría de casos en inquilinatos a pagó diario en cuyo contexto social es de alto riesgo, su permanencia es transitoria, se ubican en los barrios más vulnerables de la localidad y se han identificado grupos que residen en barrios como Samper Mendoza, La Favorita, Voto Nacional y la Estanzuela del territorio social (1).

Gráfica 10. Indicadores de fuerza laboral, localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2007.



Fuente: DANE - SDP, Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007. Procesamiento: SDP, Dirección de información, Cartografía y Estadística

A partir de la observación diaria del fenómeno, se puede afirmar que los Mártires es una de las localidades del centro que recibe un buen número de personas diariamente por la multiplicidad de empresas familiares, industria plazas de mercado, entidades públicas, privadas, de servicios, educativas y comerciales que se ubican con mayor concentración en la UPZ 102 la Sanana.

Durante la vigencia 2008, en la localidad de los Mártires se intervinieron 52 Unidades de trabajo informal (UTI's), y 315 personas caracterizadas e identificadas por el ámbito laboral, de las cuales el 38.6% están ocupadas, personas que trabajan por su cuenta como vendedores ambulantes, dedicados a actividades metalmecánica, mecánica y talleres de madera ubicados en la Estanzuela, Pepita y Eduardo Santos correspondientes a las UPZ 102 (la Sabana) y 37 (Santa Isabel) al igual que el proyecto Galería Plaza España.

La tasa de ocupación de los Mártires, es la segunda más alta de la ciudad y concentra el 54.25 (40.728) de los ocupados de Bogotá, como se observa en la tabla 14, y junto con Puente Aranda representa el 11% del total de las empresas registradas en Bogotá.

Tabla 14. Tasa de ocupación por grupos de edad Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2007.

| Localidad | Total ocupación | Tasa de ocupación | 10 a 17 | | 18 a 24 | | 25 a 44 | | 45 a 64 | | 65 y mas | |
|-----------|-----------------|-------------------|-------------|-----|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|
| | | | Ocupados TO | T.O | Ocupados TO | T.O | Ocupados TO | T.O | Ocupados TO | T.O | Ocupados TO | T.O |
| Bogotá | 2.772.976 | 47,6 | 26.472 | 2,6 | 398.216 | 45,2 | 1.587.787 | 71,3 | 709.712 | 54,7 | 50.790 | 12,4 |
| Mártires | 40.728 | 54,3 | 451 | 3,9 | 6.159 | 49,3 | 21.076 | 73,3 | 11.490 | 55,0 | 1.553 | 21,6 |

Fuente: Encuesta calidad de vida y salud.2007

Las principales actividades de las empresas en los Mártires son las de comercio y reparación de vehículos automotores, se encuentran 12.188 empresas en la localidad que representan el 5% de las empresas de la ciudad. La estructura empresarial es similar a la de Bogotá, es decir, con predominio de las microempresas y Pequeñas y Medianas Empresas (PYMES), La mayor proporción empresarial

se localiza en el centro de la localidad en territorios como Paloquemao, Lisboa, Ricaurte, Voto Nacional y Estanzuela de la UPZ 102 la Sabana y se concentra en esta el 35,6% de las empresas de la localidad. En los Mártires sobresalen cinco concentraciones de empresas: cadenas de productos; alimenticios, metalmecánica, textiles, productivas y de construcción y se ubican en la parte norte de la localidad en los barrios Samper Mendoza y Santafé, las cuales son de gran importancia en la estructura empresarial de los Mártires.

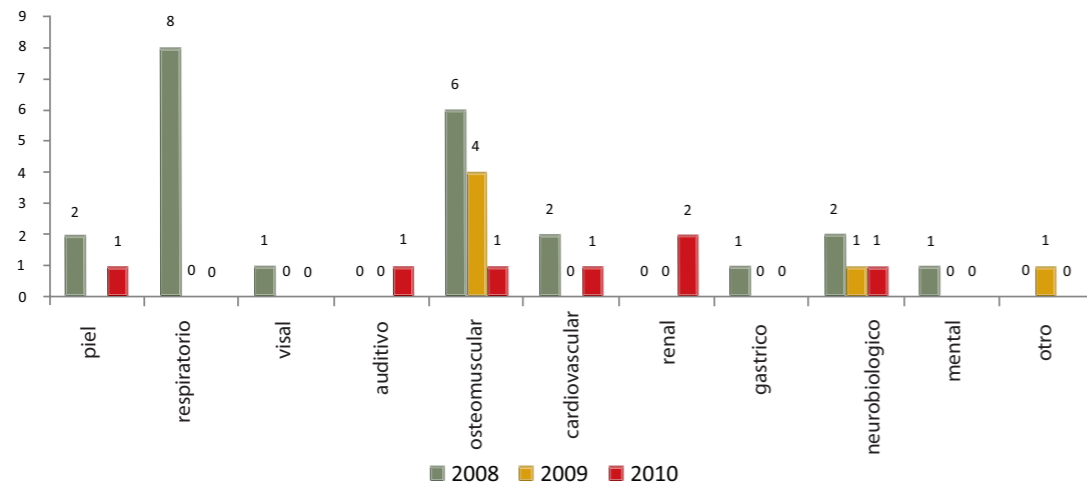
Las tres actividades que captan el 73.4% de la población ocupada en la localidad son: la industria manufacturera, comercio, los restaurantes, los servicios comunales, sociales y hoteles personales, siendo este último sector el que más trabajadores tiene en la localidad, así el sector informal predomina en la localidad; de los vendedores informales registrados por el ámbito laboral del Hospital Centro Oriente, sólo el 25.2 % reside en la localidad mientras que el 79.8 % en localidades aledañas (Santa fe y San Cristóbal), tan sólo el 14.1 % viven en casa propia, situación que pone en evidencia la vulnerabilidad de esta población y permite entender su condición de nómadas en la localidad y por ende en la ciudad, traducida ésta en un 82.3 % de vendedores que pagan arriendo en inquilinatos en situaciones precarias, el 30.5 % de los vendedores vienen de otras ciudades del país; dicha condición explica el crecimiento progresivo de la economía informal, sustentado en la búsqueda de empleo por parte de los migrantes que terminan por establecer la venta ambulante como una estrategia de supervivencia y fundamentalmente como actividad laboral. Es así como el 69.5% de los vendedores que se radican en Bogotá, tenían como factor motivacional la consecución de oportunidades laborales o en el mejor de los casos un empleo fijo. En materia de escolaridad, el 91.2 % de los vendedores informales de Mártires sabe leer y escribir, pero tan sólo un 8.8 % cursó la secundaria completa.

En ejercicios de caracterización y técnicas con la comunidad, tales como el mapa parlante se identificaron problemáticas relacionadas y que padecen diariamente las personas que trabajan en ventas ambulantes en especial en el territorio de la plaza España; Favorita, Voto Nacional, dada la reglamentación del Distrito frente al no uso del espacio público para esta actividad por lo cual deben abandonar estos espacios. Otras problemáticas identificadas fueron ingresos muy bajos, persecución de la Policía y su mal trato, dificultad en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSS), la no inscripción a riesgos profesionales ni a pensiones y expuestos a todo tipo de inseguridades lo que lleva a la pérdida de los derechos laborales de los trabajadores, problemas económicos, forma de contratación.

También se encontró que la modalidad de remuneración por destajo y sin contrato es la constante; siendo el género femenino el que presenta en gran proporción esta modalidad; fluctuando el sueldo entre uno y dos salarios mínimos, evidenciando una brecha significativa en cuanto a oportunidades. De los vendedores informales de Mártires, el 83.7% corresponde a jefaturas de hogar de los cuales tienen a su cargo de 3 a 5 personas. Dicha situación devela la vulnerabilidad económica de 520 familias que dependen de los ingresos percibidos en el ejercicio de la venta informal en esta localidad. Los riesgos identificados en las principales actividades desarrolladas y unidades productivas informales como (Industria, madera, plástico, metalmecánica, marmolería, plazas de mercado, talleres, venta de autos, peluquerías) se relacionan con el manejo de sustancias químicas y algunos problemas de ventilación, se encuentra que el 3.93% manifiesta tener algún sistema orgánico afectado por su labor, manifestando el 31,8% afectación del sistema respiratorio, 27,3% el Osteomuscular, y el 9,1% la piel, como se observa en la siguiente gráfica.⁵⁵

55 Hospital Centro Oriente. Ámbito Laboral. [Documento en CD ROM] Diagnostico ámbito Laboral 2010

Gráfica 11. Sistemas afectados por enfermedad relacionada con el trabajo reportadas por los trabajadores caracterizados en la intervención de entornos de trabajo saludable, Bogotá D.C, 2008 - 2010



Fuente: Hospital Centro Oriente. Salud al trabajo.2010

En el caso de los vendedores informales, el estar de pie durante el día hace que se adquieran posturas inadecuadas que se reflejan en problemas de salud incorporados a problemas osteomusculares, en Plazas de Mercado, por ejemplo, cabe resaltar que en su gran mayoría las enfermedades profesionales están relacionadas directamente con movimientos repetitivos, posturas inadecuadas y manejo y transporte de carga pesada, recurriendo a la automedicación y asistiendo a los servicios de salud en casos extremos; la falta de interés de ésta población en la generación de procesos de movilización social organizada, participación comunitaria y autogestión hace que las respuestas a sus necesidades no sean las adecuadas.

En Mártires, respecto al trabajo infantil, según la encuesta de calidad de vida la población entre 10 y 17 años es de 11.725, de estas el 3.8% trabajan. El 18.6% de niños y adolescentes trabajan junto a sus padres, el 23.4% trabajan con familiares y el 35% con personas distintas a la familia, y el 23% trabajan de forma independiente o por su cuenta, de acuerdo con lo reportado por el ámbito laboral un mayor porcentaje de niños trabajadores se encuentran entre los 10 y 14 años, de los cuales 109 se encontraban escolarizados y 17 desescolarizados, le sigue niños en el rango de edad entre 6 a 9 años, con 82 escolarizados y 14 desescolarizados, el rango de edad en el cual el número de niños trabajadores es menor está entre 0 a 5 con 30 escolarizados y 4 desescolarizados, así se observa un alto porcentaje de niños trabajadores entre 10 y 14 años.

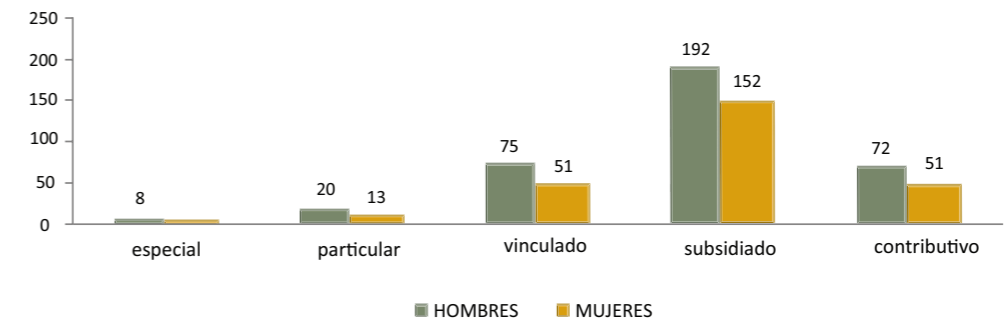
Las actividades que más desempeña el niño o el joven trabajador se relaciona con mecánica, venta ambulante, meseros de cafeterías, repartidor de domicilios, lavado de autos. Los riesgos de mayor relevancia a los que están expuestos los niños en cuanto a ventas ambulantes son el riesgo químico; polvo, humos y gases por la exposición a la contaminación atmosférica. El riesgo biológico en virus, bacterias y hongos se detecta en actividades de la economía tales como comercialización de productos perecederos en plazas de mercado, y ventas ambulantes, del total de los niños y jóvenes intervenidos 4 afirmaron haber tenido algún accidente de trabajo pero sin ninguna secuela, y el 4% no respondieron a la pregunta o no lo recordaban y el 1.3% ha tenido estado regular de salud

frente al restante 98.7% que se encuentran con excelente y buen estado respectivamente. Los niños y jóvenes que presentan regular estado de salud son los que trabajan como acompañantes en ventas ambulantes y presentan síntomas comunes de tos y gripales lo que conlleva al inicio de enfermedades crónicas en las siguientes etapas del ciclo vital si no se atienden a tiempo. Así, el trabajo infantil constituye una problemática relevante dentro del territorio; ocasionando la deserción escolar, la explotación y violencias de todo tipo afectando su integralidad.

Por parte del Hospital Centro Oriente se identificaron en el periodo de 2008 a 2010 un total de 641 niños, niñas y adolescentes de los cuales 206 niños y 171 niñas se desempeñan en actividades de servicios y 116 niños/as y adolescentes, desarrollan la actividad económica de venta ambulante que se incluye dentro de las actividades que se consideran como peores formas de trabajo infantil debido al riesgo que presentan para la salud y el desarrollo de niño/as y a adolescentes.

Con relación a la situación de salud de estos 641 niños, caracterizados entre el año 2008 y 2010, se encuentran 344 vinculados al sistema de seguridad social en salud por medio del régimen subsidiado seguido por un número importante (126 niños/niñas) con vinculación temporal y 123 niños/as vinculados en el régimen contributivo. (Gráfica 12).

Gráfica 12. Distribución de Niños trabajadores caracterizados por la intervención de erradicación y prevención del trabajo infantil según régimen de afiliación a salud, Bogotá D.C, 2008 - 2010.



Fuente: Hospital Centro Oriente. Ámbito Laboral. Base de datos Intervención Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil. 2008 - 2010.

No obstante, también se encuentran adultos mayores laborando en las calles y expuestos a condiciones poco favorables en lo que a calidad de vida se refiere, llevando a concentrar la enfermedad crónica en ellos y un estado de salud precario, de acuerdo con los grupos focales realizados en esta población desde la etapa del ciclo vital en el 2008. Esta población refiere no tener oportunidad de inclusión laboral pues persiste la exclusión en todo nivel y se les invisibiliza socialmente, puesto que se mantienen imaginarios respecto a que la vejez, es una etapa no productiva, donde las personas sufren discapacidad, desconociendo de esta manera sus habilidades y experiencia y percibiéndose a sí mismos como una carga para el sistema, comunidad y familia.

Relacionado el ciclo vital social con el reporte de accidentes de trabajo se observa que el más alto con 67.5% de éstos se presentan en la etapa adulta donde la prevalencia de ocurrencia son las plazas de mercado con 14 casos, seguido de Marmolerías con 6 casos y tres casos en talleres de mecánica. Así mismo se observa que en la etapa de juventud reporta el 29,41% de los accidentes con una considerable participación de plazas de mercado (6 casos), salas de belleza y marmolerías con dos casos respectivamente. El menor porcentaje de accidentes se puede observar en la etapa de vejez donde se evidencia solo un caso en plazas de mercado correspondiente al 2.94% del total de los reportes.

El hecho que no se reporten en vejez no indica que no haya, sino que estos accidentes o enfermedades las relacionan en esta etapa con la enfermedad crónica y la discapacidad. En cuanto a personas en condición de discapacidad el 29% (587) de la población presento imposibilidad para desarrollar actividades laborales por lo cual estuvieron incapacitados permanente sin recibir beneficio pensional, el 13 % (271) de la población desarrollo actividades relacionadas con oficios del hogar y trabajo informal respectivamente con relación a este último aspecto es importante resaltar que el tipo de trabajo desarrollado no ofrece al trabajador las garantías laborales establecidas por ley (salario básico, salud, y pensión), lo cual determina un aumento de la vulnerabilidad por pobreza, discapacidad, equidad de género y desprotección social al no contar con una pensión que garantice una vida digna. Situaciones que también se ven reflejadas en el barrio Santa Fe en el cual está la zona de Tolerancia y donde se ejerce en gran mayoría el ejercicio de la prostitución.

2.2 Condiciones de acceso o restricción a bienes y servicios

Las condiciones de acceso o restricciones a bienes y servicios para la localidad los Mártires con relación a los servicios públicos, tienen una cobertura adecuada en servicios públicos domiciliarios; acueducto (99.8%), energía eléctrica 100%, aseo, teléfono 99% y alcantarillado 100% sin embargo, el gas natural alcanza un cubrimiento del 76.8% ; a pesar de la cobertura se presentan diferencias en la calidad de los mismos según el territorio, salud a su casa reporta que en los cuatro micro territorios caracterizados, el cubrimiento de estos servicios fluctúa entre 80% y 92%, en especial en Santa Fe, Samper Mendoza, Ricaurte, Voto Nacional, estación de la Sabana.

Estas diferencias se relacionan con las deficiencias debido a la antigüedad y diámetro pequeño de la tubería y a la baja capacidad de almacenamiento del tanque San Diego, que no permiten ofrecer un servicio óptimo a la población que habita allí afectando su calidad de vida. En este aspecto, la empresa de Acueducto y Alcantarillado se limita a hacer la renovación y mantenimiento de redes, tuberías, sumideros; por tal razón, las aguas lluvias y residuales van combinadas en gran parte de la localidad ocasionando riesgo de enfermedades en el caso que se presente contacto con estas ya sea por rompimiento de la tubería o rebosamiento de estas.

Según el grupo de Gestión Sanitaria y Ambiental (GESA) del Hospital Centro Oriente, la fuente hídrica de agua es contaminada por gasolina, lubricantes, grasas, solventes y productos de los talleres de mecánica que ejercen sus actividades especialmente en el sector del barrio la Estanzuela, comprendido entre las calles 6 y 11 y carreras 14 y 19; Voto Nacional que alberga el Bronx y barrio santa Fe, donde la problemática no solo es de tipo ambiental sino también social donde se concentra la mayor parte de la Zona de Alto Impacto.

Se analiza que también existe una gran diferencia en cuanto a los servicios públicos en la población en condición y situación de desplazamiento, lo cual aumenta la vulnerabilidad, por no tener un acceso oportuno y continuidad en los servicios por la no capacidad de pago.

2.2.1 Vivienda

El diagnóstico local de los Mártires presenta las características de las viviendas según el Departamento Nacional de Estadística (DANE) se proyectó para el 2009 29.093 hogares en la localidad como lo muestra la tabla 15, representado el 1.47% frente al total de Bogotá (N=1.978.528 hogares), y la UPZ Santa Isabel presenta la mayor relación de hogares por vivienda en (1,47) y la mayor relación de personas por hogar (3.89).

Tabla 15. Número de hogares y personas por hogar. Localidad 14 Mártires. Bogotá D.C.2006-2009

| Localidad | Hogares | | Personas por hogar |
|-----------|-----------|-----------|--------------------|
| | 2006 | 2009 | 2009 |
| Bogotá | 1.980.445 | 2.153.365 | 3.4 |
| Mártires | 28.132 | 29.093 | 3.2 |

Fuente: DANE-SDP. Proyecciones de población por localidades.2006-2015

A partir de la caracterización realizada por Salud a su Casa, se encuentra que en el micro territorio Samper Mendoza ubicado en la UPZ 102 la Sabana, en los barrios Santa Fe, Panamericano, Favorita, Listón y Samper Mendoza, el 64% de los encuestados viven en casa o apartamento; sin embargo, el 29% de estas familias tienen como vivienda una pieza, hecho que las hace más vulnerables al no contar con una morada digna, que les brinde protección necesaria, reflejando condiciones de hacinamiento. Existe un 5% de las familias que tiene la vivienda como propia pero una de las características que se encuentra en el micro territorio y en general en los estratos 1 y 2 es que el 8,6% de las familias viven en inquilinatos mucho mayor a la del distrito con 3,5. Ver Tabla 16.

Tabla 16. Distribución de hogares por tipo de vivienda. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2006-2015.

| Total hogares | Casa | | Apartamento | | Cuarto inquilinato | | Otro tipo de vivienda | |
|---------------|-------|------|-------------|------|--------------------|-----|-----------------------|---|
| | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % |
| 26893 | 7178 | 26.7 | 16596 | 61,7 | 2314 | 8,6 | 805 | 3 |

Fuente: DANE-SDP. Proyecciones de población por localidades.2006-2015

De acuerdo con la tabla y datos obtenidos en los micro territorios, se analiza que persiste un gran número de población en la localidad en condiciones adversas, en cuanto a vivienda persiste el inquilinato con un solo cuarto por familia, lo que ocasiona hacinamiento y maltrato hacia los niños y niñas. Generalmente quien las habita es población en situación especial; evidenciando por caracterización 269 familias en condición de desplazamiento, reinsertados 9 y 49 familias de grupos indígenas.

Según la encuesta de calidad de vida y salud del total de hogares en Bogotá (1.978.528), 114.455 tuvieron su vivienda afectada por algún desastre natural, los más afectados fueron Fontibón con el 12,2%, para la localidad de los Mártires es menor esta problemática con 3,4%, respecto a Bogotá que presenta el 5,8%. La localidad presentó un 20% de hogares que tuvieron afectada su vivienda por hundimiento del terreno, porcentaje mayor al de Bogotá el cual fue de un 3% como se observa en la tabla 17.

Tabla 17. Número de hogares cuya vivienda ha sido afectada por desastres naturales en los últimos dos años. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C. 2007.

| Localidad | Total de hogares Nº | Afectados por algún desastre natural | | Inundaciones | | Avalanchas, derrumbes* | | Hundimiento de terreno | | Ninguno de los anteriores | | No sabe | |
|-----------|------------------------|--------------------------------------|-----|--------------|-----|------------------------|-----|------------------------|----|---------------------------|----|---------|----|
| | | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % |
| Bogotá | 1.978.528 | 114.455 | 5,8 | 61.172 | 3 | 12.419 | 1 | 49.328 | 3 | 1.686.740 | 85 | 177.292 | 9 |
| Mártires | 26.893 | 905 | 3,4 | 415 | 1,5 | 24 | 0,1 | 530 | 20 | 21.176 | 79 | 4.813 | 18 |

Fuente: Encuesta calidad de vida y salud.2007.

En la UPZ 37 se encuentran 2 micro territorios con los barrios Estanzuela, Sabana, Voto Nacional, Pepita, Vergel, Santa Isabel, Eduardo Santos y progreso; en donde el 10% de las familias presentan riesgo dentro de sus viviendas como emergencias ambientales tales como fenómeno de remoción, inundaciones y deslizamientos. El riesgo de sismo dentro de la vivienda fluctúa entre 10% - 57%, debido a la antigüedad y deterioro de las viviendas, las paredes, techos y pisos de estas casas, presentan grietas, humedades, agujeros, filtraciones que pueden ser focos de infección para enfermedades en todas las etapas de ciclo vital.

Este sector también se ve afectado por puntos de concentración de habitantes de calle como el Bronx y Cinco Huecos quienes además del consumo de sustancias psicoactivas, se dedican al acopio de material reciclable como: cartón, papel ocasionando inseguridad para las viviendas y sus habitantes.

Haciendo de este territorio un punto de alto impacto social, así el 25% de la personas del micro territorio de Ricaurte vive en hacinamiento crítico, (en un dormitorio hay más de 4 personas) lo que propicia el maltrato entre sus integrantes fijando violencia intrafamiliar y situaciones de abuso en menores; el 51% de las familias tienen presencia de algún tipo de vector intradomiciliario, (cucarachas, zancudos, moscas, mosquitos, pulgas, piojos, garrapatas, ratas, ratones) lo que hace más álgida la condición higiénico sanitaria de las familias del territorio, esto debido a que más del 1% de las familias del micro territorios le dan otro uso a sus vivienda como inquilinatos, bodegas, bisutería, mecánica, reciclaje, zapatería y las familias indican malas prácticas de higiene y no acceso a servicios públicos constante como el agua, que se presta para la generación de focos de infección, mientras que el 49% no presenta vectores dentro de sus viviendas.

Los sitios donde la problemática de la vivienda es más evidenciada; se pueden ubicar familias en todos los rangos localizadas en sitios específicos de la localidad, en el territorio social 1 y 2 en barrios como; Eduardo Santos, El Vergel, Ricaurte, La Sabana, Cinco Huecos, Voto Nacional, Pepita. La población de estos barrios ha sufrido un paulatino proceso de empobrecimiento que se refleja en el deterioro de las viviendas.

De igual manera en estos micro territorios se encuentra población especial; 82 familias en situación de desplazamiento, en condición de desplazamiento 52, reinsertados 37 y grupos étnicos 12 familias, reflejándose así una localidad que tiende a una emergencia social, hecho que pone de relieve los altos contrastes en las condiciones de calidad de vida de sus integrantes, puesto que se albergan a sectores de población de mayor fragilidad junto con otros de las mejores capacidades económicas. La ubicación de las familias más vulnerables y en situación de desplazamiento en zonas de calidad de vida en condiciones de precariedad que presentan focos de afectación, basureros, fábricas, lo cual incide en la presencia de enfermedades respiratorias, de la piel en el ciclo vital social.

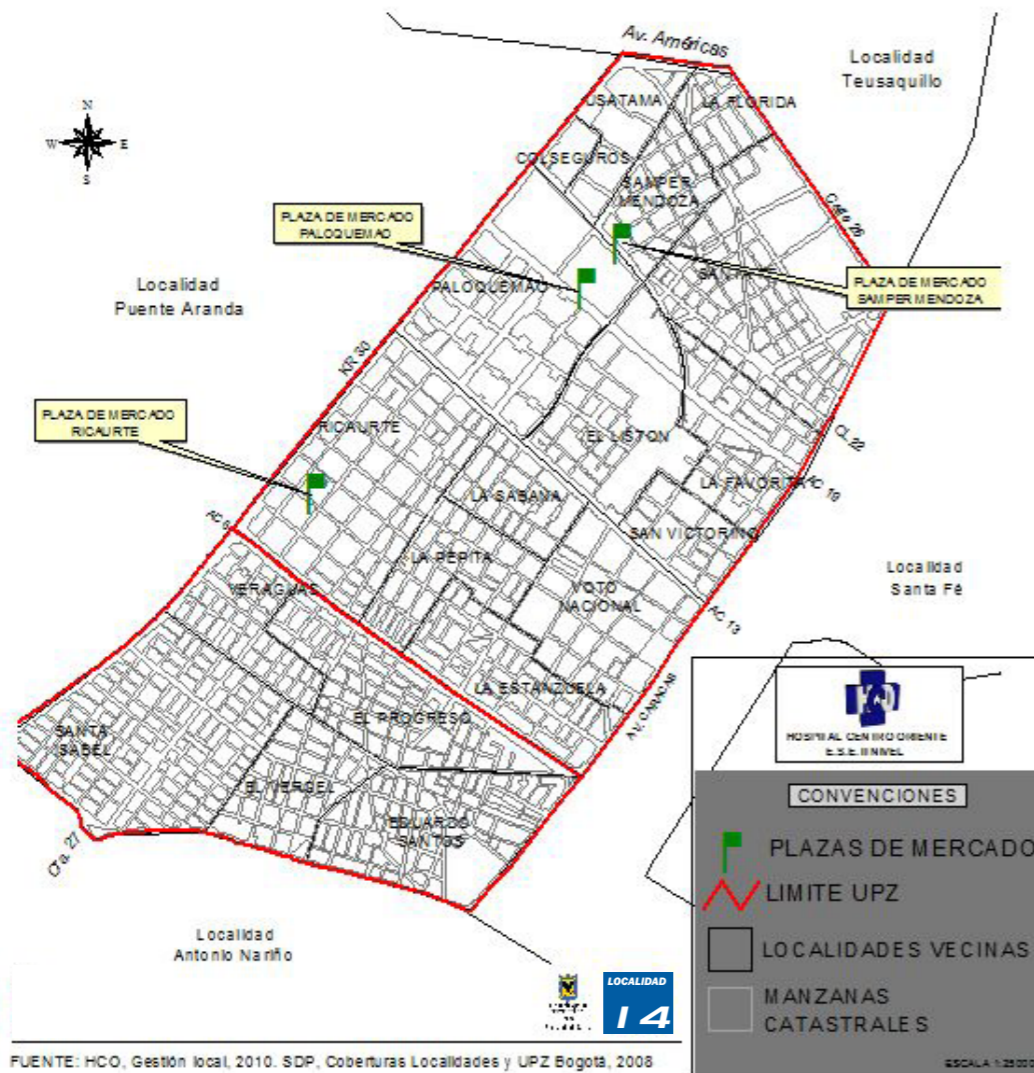
De acuerdo con la encuesta de calidad de vida y salud 2007, el 41.7% de los hogares en Mártires se encuentran cerca de focos de afectación. Por otra parte, llama la atención encontrar que 2.8% de las viviendas caracterizadas están construidas con materiales de desecho o en su efecto no tiene paredes, lo que puede generar el inicio de enfermedades crónicas respiratorias en las etapas del ciclo vital. Y la población especial genera mayores dificultades en la restitución de los derechos vulnerados tras los hechos violentos que motivaron el abandono del lugar de origen.

2.2.2 Disponibilidad Acceso y Consumo de Alimentos

La localidad de Los Mártires cuenta con una oferta global de alimentos de la canasta básica suficiente por la presencia de la Plazas como la de Paloquemao, mayorista de alimentos a nivel de Bogotá y otras tres plazas, además de las tiendas y establecimientos de barrio. También se encuentran ubicados cuatro supermercados con variedad y calidad en los productos ofrecidos.

En el mapa 12 se pueden observar la distribución de las plazas de mercado en la localidad. Por otro lado, la variabilidad de precios de los alimentos es una constante en Bogotá, consecuencia de periodos cortos de producción en las frutas y las verduras y tubérculos que se ven afectados por diversos factores internos y externos. Debido a la crisis, en el momento, el abastecimiento y los precios se han incrementado en el arroz, el trigo, los granos, la papa, las carnes, los lácteos, huevos, las frutas y verduras, productos esenciales en la alimentación diaria de la población y el no poder acceder a ellos afecta su bienestar integral.

Mapa 11. Plazas de mercado. Localidad los Mártires. Bogotá D.C 2009.



Fuente: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local, 2009.

2.2.2.1 Condiciones de Seguridad Alimentaria

En cuanto al estado nutricional; en la población infantil menor de 7 años de la localidad se presentó durante el año 2008 porcentajes de desnutrición aguda, crónica y bajo peso al nacer superiores al promedio para Bogotá, como se observa en la tabla 18. Según las intervenciones de diagnóstico nutricional realizadas por el Sistema de vigilancia epidemiológica nutricional (SISVAN) del Hospital Centro Oriente para los periodos del 2004 al 2007 evaluaron 5395 niños. El diagnóstico evidenció que los niños y niñas menores de 10 años de la localidad, se encuentran con una talla para la edad adecuada en el 60% y retraso del 14%.

Tabla 18. Estado Nutricional población infantil menor de 7 Años. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2008.

| CONCEPTO | AÑO | BOGOTÁ | MÁRTIRES |
|---|------|--------|----------|
| Proporción de población menor de 7 años con DNT aguda | 2008 | 4.4 | 5.6 |
| Proporción de población menor de 7 años con DNT crónica | 2008 | 12.4 | 18.6 |
| Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500 gr) | 2007 | 12.4 | 13.6 |

Fuente: Secretaría Distrital de salud. Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional.2008

El grupo de edad más afectado por la desnutrición crónica es el que se encuentra entre 0 y 24 meses, debido posiblemente a la baja práctica de la lactancia materna, el destete temprano y el inicio rápido e inadecuado de la alimentación complementaria, lo cual se ha evidenciado en las encuestas alimentarias realizadas durante la consulta de nutrición, todo esto sumado a las condiciones socioeconómicas deficientes.

No es suficiente tener alimentos, es necesario garantizar que el cuerpo aproveche bien esos alimentos; en las consultas de nutrición se ha detectado en el 95% de los casos, que en la preparación de alimentos, la persona que los manipula es la madre del menor, quien usualmente desconoce las normas de higiene para mantener la inocuidad de los alimentos; esto contribuye a aumentar la incidencia de enfermedades infecciosas en estos menores.

Para la población adulta el nivel de sobrepeso es superior al promedio del Distrito. Lo anterior permite pensar que en la localidad se presentan hábitos alimenticios que llevan a malnutrición, bien sea por déficit o por exceso, lo que podría estar reflejando la existencia de inadecuadas prácticas alimentarias en la población a lo que se suma las condiciones desfavorables del entorno y la ausencia de otro tipo de orientación en las comunidades para el mejoramiento de su estado nutricional.

El bajo peso en gestantes identificadas por SISVAN ha fluctuado entre 27% en 2004 hasta 29% en 2007 con muestras en promedio de 1100 gestantes, situación preocupante que ha llevado al Hospital a fortalecer los programas dirigidos a este grupo en especial.

En el año 2003 la cifra de hogares en los que por falta de dinero, algún miembro no consumió ninguna de las tres comidas uno o más días fue de 7.9%. Según estos datos en Mártires en 2007 aumentó el porcentaje de hogares en un 2.1% en el que algún miembro de la familia no consumió las tres comidas por falta de ingresos económicos.

Si se tiene en cuenta que el promedio de personas por hogar en la localidad es de 3.6 aproximadamente, la incidencia del nivel de ingreso económico (uno o dos salarios mínimos) en las condiciones de seguridad alimentaria de la población de Mártires corresponden a lo reconocido por los pobladores respecto a las condiciones alimentarias así; del 2003 al 2007 el 13.2% de los hogares considera que sus condiciones de alimentación empeoraron, de estos el 22% lo atribuye a que una o más personas del hogar perdieron el empleo, el 43.4% considera que fue debido a que bajaron los ingresos o tuvieron pérdida económica importante, el 2.9% creen porque hubo necesidad de dedicar presupuesto a otros bienes o servicios y el 28.8% considera que fue porque aumentaron los precios de los bienes y servicios que consume el hogar. Es decir que el 65.4% lo atribuye al nivel de ingresos económicos. En cuanto a la medición de la desigualdad entre pobres y no pobres medida por el coeficiente GINI aún se encuentra una diferencia de 0.08 el cual ha disminuido muy poco en los últimos cuatro años; lo que indica que los niveles de desigualdad no se han modificado, apoyado esto, con el aumento de la brecha de indigencia en la localidad que

paso de 46.5% en 2003 a 50.4% en 2007, por lo cual es importante revisar las políticas, programas y proyectos que tienen como finalidad la disminución de la pobreza, para mejorar el impacto de los mismos en la población y su Calidad de Vida.

2.2.3 Educación

En cuanto a la oferta educativa, la población en edad escolar en la localidad es de 18,548, entre los 5 y 17 años de los cuales asisten 17,205 niños y niñas y no asisten 1343 niños y niñas⁵⁶ como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 19. Población en edad escolar, asistencia y no asistencia. Localidad Mártires. Bogotá D.C, 2007

| Localidad | Población en edad escolar | Asistentes entre 5 y 7 años | No asisten entre 5 y 17 años |
|-----------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Bogotá | 1.625.131 | 1.523.580 | 101.551 |
| Mártires | 18.548 | 17.205 | 1.343 |

Fuente: Encuesta calidad de vida y salud.2007

Según la E.C.V .2007 entre 2003 y 2007 la tasa de cobertura neta de primaria para Bogotá aumentó en 1,9% al pasar de 83,1% a 85%, las mayores variaciones positivas por encima del 10% sucedieron en los Mártires y Kennedy, así en la localidad para preescolar fue del 51,6%, el nivel de primaria fue superior al Distrital con 89,0% frente a la de Bogotá 84,4%; en el nivel de secundaria fue del 83,1% de igual forma pasa el Distrital y en el nivel superior fue del 33,9%; no obstante no se ha cumplido con la meta, según la encuesta la tasa de analfabetismo en Colombia es de 8,50 en hombres y mujeres 9,30.

De acuerdo con lo caracterizado por salud a su casa,⁵⁷ en los micro territorios se encontró que hay una tasa de analfabetismo que fluctúa entre el 4 y 5%, y un 95 %, lo que evidencia una desventaja para ingresar al mercado laboral y tener un empleo digno. En este sentido, la deserción escolar forma una parte esencial en el progreso humano, individual y social de toda la población en cuanto al mejoramiento en la calidad de vida dentro del sistema que rige.

La existencia de un gran número de niños y jóvenes que accede a la educación preescolar, primaria y básica en la localidad, indica el interés de los padres y de la Secretaría Distrital de Educación por brindar a esta población el ingreso oportuno a la educación; sin embargo, estos logros se ven amenazados al analizar el promedio de grados escolares cursados que equivalen a 8.9%, de pequeños que accede a preescolar (58%) en jóvenes que llegan a cursar estudios superiores donde la brecha se hace evidente con un 60% en cobertura bruta y un 27% en cobertura neta. En grados promedio cursados en edades entre los 20 y 34 años para la localidad es de 12,1% y de 35 y más años 10,0. Tabla 19.falta

Tabla 20. Grados promedio de educación cursada. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2007

| Localidad | 20-34 años | 35 y más años |
|-----------|------------|---------------|
| Bogotá | 11.9 | 9.7 |
| Mártires | 12.1 | 10 |

Fuente: Plan de Educación Distrital 2008-2012.

La Secretaría Distrital de Educación reporta una demanda de prestación de educación en colegios distritales correspondiente a 15.165 niños con una pequeña participación de los colegios en convenio que atiende 70 niños y niñas. Ver Tabla 20.

En la localidad hacen presencia 49 colegios: 40 privados y 9 oficiales (8 públicos 1 en convenio) 58, según el sistema de matrícula de la Secretaría Distrital de Educación en el 2009, en el sector oficial se encuentran matriculados 13044 estudiantes de los cuales se 7459 son mujeres y 5585 hombres.

En el caso de personal docente y administrativo docente la localidad de Los Mártires para el año 2009 en el sector oficial se contó con 493 docentes, 39 directivos docentes y 16 orientadores, siendo el nivel básica secundaria y media el que más docentes cuenta.⁵⁹

Tabla 21. Demanda efectiva por tipo de Colegio. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2009.

| Tipo de Colegio | Demanda | Participación % |
|-------------------|---------|-----------------|
| Oficial Distrital | 15.095 | 99,54 |
| Concesión | 0 | 0 |
| Convenio | 70 | 0.46 |
| Total Localidad | 15165 | 100.00% |

Fuente: Sistema de Matrícula Elaboración: Oficina Asesora de Planeación 2009

El nivel educativo en la localidad presenta mejor estado con relación a las cifras para Bogotá en lo concerniente con la educación media técnica, normalista y formación superior y postgrado. Por el contrario, la educación preescolar, básica primaria, media académica clásica presenta cifras inferiores a Bogotá y el nivel de básica secundaria se encuentra en iguales condiciones que las de Bogotá.

Según un estudio de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina), se necesita un mínimo de doce años de escolarización para mejorar las posibilidades de recibir un ingreso que permita “salir” de la pobreza; condición que no se da en la localidad a pesar de haber avanzado en el número de grados promedio de la escolaridad; oportunidades de acceder a mejores trabajos que brindan años adicionales de educación, se traduce en superiores condiciones laborales y consecuentemente de una mejora en la calidad de vida, especialmente para quienes logran completar el ciclo secundario y pueden continuar sus estudios, así como en menores pérdidas salariales al obtener los nuevos empleos.

El 89% del total de la población caracterizada en condición de discapacidad no asiste a educación regular, en contraste con los menores de quince años, donde la asistencia es mayor a la educación regular, observándose cierta disminución a medida que aumenta la edad, especialmente desde los quince años en adelante, lo cual es una muestra de la reducción de espacios de participación social en una dimensión tan importante para el desarrollo humano como lo es la educación. Las principales razones de la no asistencia a educación en las personas con discapacidad se relacionan con su misma condición, seguidas por la necesidad de trabajar 35 % en mujeres y 31 % en hombres y la no existencia de centros educativos cercanos 8-12% las que limitan y restringen su participación activa en el sistema escolar, la no asistencia se da en un 35 % siendo similar para hombres y mujeres; otra las personas que se encuentren con alguna condición de discapacidad. Razón tiene que ver con que ya concluyó su proceso de educación o que simplemente el tiempo pasó para poder continuar estudiando. Esta situación plantea un reto para la equidad social en cuanto a

⁵⁸ Caracterización del sector educativo 2009. Tomado de www.sedbogota.edu.co, [consultado: 25 octubre de 2010]

⁵⁹ Hospital Centro Oriente. Gestión local [Documento en CD ROM].Diagnostico Salud al Colegio 2009.

⁵⁶ Encuesta calidad de vida y salud.2007

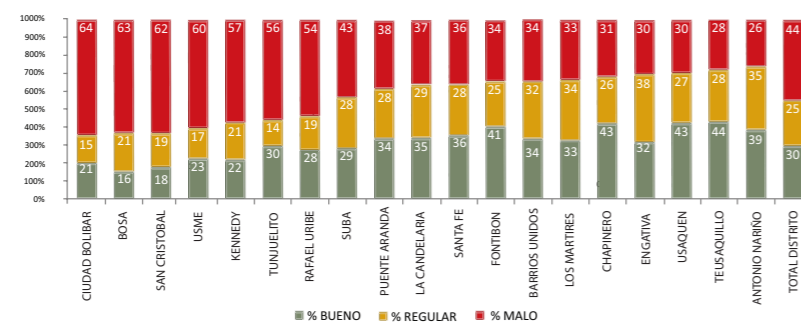
⁵⁷ Hospital centro Oriente. Gestión Local. [Documento en CD ROM] Informe Salud a su casa 2008

género, e igualdad de oportunidades para llevar a cabo el proyecto de vida individual con acceso a los logros culturales de la humanidad.

2.2.4 Transporte y Movilidad

El Sistema Vial está constituido por cuatro (4) mallas jerarquizadas y relacionadas funcionalmente, y por las intersecciones generadas por las mismas. Teniendo en cuenta que el sistema vial de la localidad Los Mártires está conformado por grandes vías de acceso que atraviesan el Distrito Capital, la mayoría de los vehículos que se trasladan por estas vías encuentra a su paso alta congestión vehicular, situación que genera problemas ambientales, disminución de la malla vial e incremento de los accidentes de tránsito por invasión del espacio peatonal, entre otros factores. Las principales vías que se encuentran en la localidad son: La avenida Caracas en una longitud de 3.180 m; la carrera 30 con 4.140 m; la avenida Sexta con 1.800 m; la avenida de la Hortúa o calle primera con 1.650 m; la avenida o calle 26 con 1.190 m; la calle trece o avenida Jiménez con 1.750 m; y la avenida ciudad de Lima con 1.760 m. El IDU reportó para el 2009 buen estado de la malla vial en el 33% y regular y mal estado 67%, según lo presentado en la gráfica 13, por lo cual se convierte en una problemática importante.

Gráfica 13. Estado malla vial. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2009.



Fuente: Instituto de desarrollo Urbano. 2009

En la actualidad, la localidad cuenta con el Sistema Transmilenio, que se moviliza por la Avenida Caracas y la Calle 13. Los paraderos que se ubican a la altura de la localidad son: Calle 22, calle 19, Avenida Jiménez, Tercer Milenio, Hospital y Hortúa.

A partir del segundo trimestre del 2010, la calle 26 (Avenida el Dorado) inició las obras para continuar con el desarrollo de la fase 3 de Transmilenio; la cual se extenderá desde la carrera 3ª hasta la carrera 96. Según el IDU (Instituto de Desarrollo Urbano), estas obras tienen una duración aproximada de 8 meses y al final de la intervención se espera tener una troncal con un carril para Transmilenio y dos carriles para el tránsito vehicular; mejorando además la actual ciclo-ruta que van de la Carrera 97 a la Carrera 50.

En esta obra incluirá 12 estaciones en un tramo aproximado de 12 kilómetros, con un patio garaje ubicado en la Avenida Esperanza con Cali, una estación intermedia en la Avenida Constitución, la cual tendrá rutas alimentadoras hacia el Terminal de Transporte y una estación de integración con las troncales de la Caracas y la 10ª. También se planea cambiar los puentes vehiculares de la carrera 10ª y la Avenida Caracas, construir 12 puentes peatonales y adecuar 8 y desarrollar amplios andenes de flujo peatonal.⁶⁰

60 Tomado de: http://app.idu.gov.co/mail_notis/mail_notis_2010_04_15.htm

La comunidad refiere que gracias al sistema, la población residente en la localidad tiene fácil acceso y menor tiempo de desplazamiento hacia el norte, occidente y sur de la ciudad; sin embargo es importante analizar con detenimiento esta obra de renovación urbana en cuanto a impacto y pertinencia para las localidades del centro de la ciudad como Los Mártires, Santa Fe y la Candelaria, esto debido a los desalojos, predios vendidos a bajos precios y la desintegración del cartucho que ocasiono el desplazamiento del ciudadano habitante de calle a otros sectores de la ciudad formando focos de miseria y alrededor problemáticas como inseguridad, venta de drogas, violencias y deterioro de la localidad.

Por otro lado, muestran un descontento con el desvío de rutas tradicionales y el alto costo del pasaje del sistema Transmilenio, ya que la mayoría de las personas que habitan las localidades del centro se mueven dentro de las mismas y que las rutas de Transmilenio no les sirven o el transporte tradicional ahora demora más tiempo para llegar al destino final.

Resulta oportuno señalar que durante el proceso de consulta y participación ciudadana se han generado algunos conflictos sociales con la propuesta del plan centro, entre ellos, la propuesta de generación de espacio para construcción de nuevas vivienda que implicaría desalojar residentes actuales y su traslado a otras zonas de la ciudad, con lo cual no estarían de acuerdo.

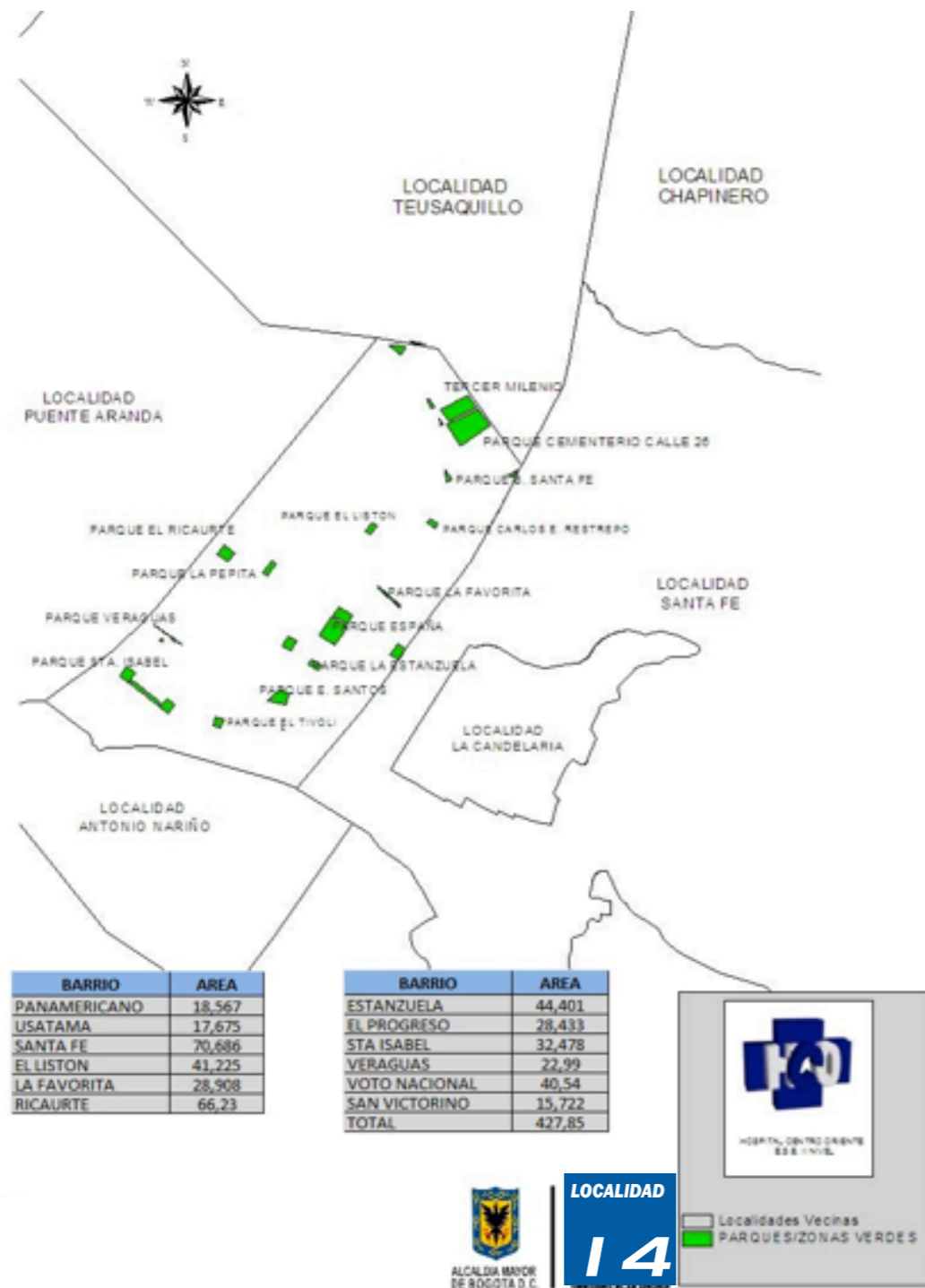
2.2.5 Recreación y Cultura

Dentro de la localidad de Los Mártires se encuentran 48 parques, localizados en las dos UPZ (Santa Isabel y La Sabana): parques de escala metropolitana (1), parques de escala zonal (2), parques de escala vecinal (26) y, finalmente, parques de bolsillo (19). De los 48 parques existentes, el 60% de ellos (29 parques) están ubicados dentro de la UPZ de Santa Isabel; mientras que el 40% de ellos (19 parques) se encuentran ubicados dentro de la UPZ de La Sabana, para un total de zonas verdes y parques de 427,85 Hectáreas. (Mapa 12).

| SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACION | | SUBSECRETARIA DE INFORMACIÓN Y ESTUDIOS ESTRATEGICOS | | DIRECCION DE INFORMACIÓN, CARTOGRAFIA Y ESTADISTICA | | INVENTARIO DE INFORMACION EN MATERIA ESTADISTICA SOBRE BOGOTA | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------|--|--------------|---|---------|---|---------|--------------|---------|----------------------|---------|------------------------|-----------------------|
| LISTA DE CUADROS | | CUADRO 11. NÚMERO Y EXTENSIÓN DE PARQUES CLASIFICADOS POR TIPO SEGÚN LOCALIDAD Y UPZ | | | | | | | | | | | |
| D. C. | NOMB_LOC | COD_UPZ | NOM_UPZ | PARQUE DE BOLSILLO | | PARQUES VECINALES | | PARQUE ZONAL | | PARQUE METROPOLITANO | | TOTAL CANTIDAD PARQUES | TOTAL ÁREA M² PARQUES |
| | | | | Cantidad | Área m² | Cantidad | Área m² | Cantidad | Área m² | Cantidad | Área m² | | |
| 14 | Los Mártires | 37 | Santa Isabel | 15 | 7.031 | 12 | 28.978 | 2 | 35.041 | | | 29 | 71.050 |
| 14 | Los Mártires | 102 | La Sabana | 4 | 3.407 | 14 | 77.271 | | | 1 | 27.498 | 20 | 148.700 |
| 14 | Total Los Mártires | | | 19 | 10.438 | 26 | 106.249 | 2 | 35.041 | 1 | 27.498 | 49 | 219.750 |

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación 2009

Mapa 12. Parques y zonas verdes. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2009.



Fuente: Hospital Centro Oriente. Gestión local, Diagnóstico local, 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Esto puede obedecer a las características específicas del territorio, pues mientras la UPZ de Santa Isabel está determinada como de tipo residencial, la UPZ de La Sabana es de tipo comercial e industrial. Sin embargo, es de vital importancia el tener en cuenta las condiciones en las que se encuentran estos espacios; pues esta problemática se encuentra dentro de los determinantes que afectan de manera negativa el fomento de la práctica de la actividad física, el deporte y la recreación en la localidad de los Mártires.

Según la encuesta bienal de cultura 2009 se observa que el 19.27% de la población realiza deporte en los parques de la localidad, que constituyen una gran cantidad, y estos no son utilizados al 100%, ya que se evidencian problemáticas como la inseguridad y el mal estado de la infraestructura de los mismos.

Otras problemáticas identificadas por la transversalidad de actividad física del Hospital Centro Oriente se relacionan con la falta de espacios propicios para la recreación y buen uso del tiempo libre de los niños, a pesar que se cuenta con 48 parques, se deben generar nuevos espacios seguros y fortalecer los existentes puesto que en la mayoría de estos se observan problemáticas como consumo de psicoactivos, delincuencia común, habitante de calle, vectores, para los jóvenes la falta de programas acordes a sus expectativas, ya que dentro del equipamiento de los parques y espacios existentes para la recreación, práctica de la actividad física y el deporte, no se encuentran disponibles aquellos que obedecen a estas nuevas prácticas. Esto implica una reconsideración en la construcción, distribución y equipamiento de los parques y escenarios dispuestos para la práctica de todas las formas de actividad física en la localidad.

El Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD) oferta programas de deporte y recreación, pero no se ejecutan aquellos que promocionen la actividad física, solo tienen en cuenta a infancia, juventud; desconociendo en todo sentido las necesidades y disponibilidad de tiempo de los adultos y adultas, en persona mayor estos programas no son continuos y solo están disponibles de manera intermitente, pero la Subdirección de Integración Social desarrolla programas para la inclusión de las y los adultos mayores, a través de las casas de atención a la persona mayor, donde se contempla el programa de actividad física para este grupo poblacional. De igual manera la alcaldía local desde la oficina de planeación llevan a cabo acciones deportivas y recreativas.

Por parte del Hospital Centro Oriente en el ámbito comunitario se desarrolla en la localidad el programa Tu vales y Muévete Comunidad, que hace parte de la respuesta integradora llamada Entornos comunitarios saludables, cuyo objetivo es la promoción de hábitos saludables a madres o mujeres cuidadoras de hogar, entre lo cual está la promoción de la actividad física. De igual manera desde el ámbito escolar se desarrolla el programa de actividad física tanto con estudiantes como docentes, fortaleciendo los objetivos de la política pública, para el año 2010 se incluyó en el programa 2130 personas de los diferentes colegios de la localidad.

Por otro lado, después de una revisión y análisis de los resultados de las mesas de trabajo que se realizaron en las sesiones de la construcción de la Política Pública para la recreación, la actividad física y el deporte, los diferentes actores se refieren a situaciones relacionadas con otros parques de la localidad, como el parque el Renacimiento, que identifican como poco atractivo para los niños; reconocen además, la importancia de realizar mantenimiento físico y de seguridad en los mismos para favorecer de esta manera la práctica de la actividad física, la recreación y el deporte.

Otra de las problemáticas que afecta el disfrute de estos escenarios se relaciona con las deficiencias en las vías locales e intermedias que comunican barrios y sectores, que son las que permiten evaluar la accesibilidad y movilidad. Esto daría para inferir que hay un bajo nivel en la práctica de la actividad física en todas sus expresiones, lo que conlleva al aumento de prácticas no saludables como un determinante que influye en la calidad de vida de la población de esta

localidad. Es en la vida cotidiana de los sujetos, donde evidencian sus necesidades y cuando tienen lugar a manifestarse; en definitiva, los espacios públicos de esta localidad merecen mayor atención y es en los espacios en los que ellos interactúan, donde tiene lugar la búsqueda de alternativas para resolverlas.

Los factores protectores en la localidad; entre estos la mayoría de las expresiones populares del pasado, que se han mantenido hasta el presente como referentes de identidad local, desde luego han sufrido un número de transformaciones, adaptaciones y reinterpretaciones y deben su permanencia precisamente a la existencia de la fiesta popular colectiva.

En la fiesta la comunidad no sólo expresa su solidaridad y organización sino que permite las más diversas manifestaciones: la música, la danza, la pantomima, la sátira, la poesía, la tradición oral. En este sentido todos y cada uno de los eventos artísticos y culturales de la localidad es de profundo arraigo popular y de esta manera se pueden considerar como elementos de identidad cultural local y en algunos casos de identidad Distrital.

2.2.5.1 Equipamientos colectivos de cultura

Los equipamientos colectivos de cultura corresponden a los espacios, edificaciones y dotaciones destinados a las actividades culturales, custodia, transmisión y conservación del conocimiento, fomento y difusión de la cultura y fortalecimiento y desarrollo de las relaciones y las creencias y los fundamentos de la vida en sociedad. Agrupa entre otros, los teatros, auditorios, centros cívicos, bibliotecas, archivos, centros culturales y museos.⁶¹

Los equipamientos dedicados a la memoria colectiva y al avance cultural son aquellos donde se depositan en forma permanente, los objetos representativos de la memoria colectiva y el avance cultural, científico, tecnológico y artístico. En este subsector los tipos son: bibliotecas, hemerotecas, archivos, museos y centros de ciencia y tecnología.

El encuentro y la cohesión social se pueden llevar a cabo en los equipamientos destinados a apoyar la organización social y la expresión colectiva a escala barrial, de la comunidad en general o de grupos específicos. Estos tipos de equipamientos de gran valor para la comunidad son: centros cívicos, casas juveniles y salones comunales.⁶²

La localidad de Los Mártires posee un total de 10 equipamientos culturales, dentro de los cuales 5 pertenecen al grupo que corresponde a Encuentro y cohesión social, 3 corresponden a Espacios de expresión y 2 son de la categoría de Memoria y avance cultural. La UPZ La Sabana figura con el mayor número de equipamientos culturales con 8 y la UPZ Santa Isabel presenta sólo 2 equipamientos como se observa en la siguiente tabla 22.

Tabla 22. Los Mártires. Equipamientos culturales por UPZ, Bogotá D.C, 2008

| UPZ | Encuentro y cohesión social | Espacios de expresión | Memoria y avance cultural | Total |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|-------|
| Santa Isabel | 2 | | | 2 |
| La Sabana | 3 | 3 | 2 | 8 |
| Total Los Mártires | 5 | 3 | 2 | 10 |
| % | 50 | 30 | 20 | 100 |

Fuente: SDP, Dirección de Planes Maestros y Complementarios, Plan Maestro de Equipamientos Culturales, Decreto 465 del 2006, Bogotá D. C.

La localidad de Los Mártires cuenta con cuatro centros culturales, una biblioteca, una sala de cine y un museo ubicados en la UPZ La Sabana, un teatro y dos centros culturales ubicados en la UPZ Santa Isabel. Además, cuenta con 19 salones comunales; sin embargo, la mayoría de éstos no prestan un servicio gratuito a la comunidad por ser generalmente alquilados. Existen algunas organizaciones dedicadas al ámbito cultural como la danza, aunque hay otras organizaciones con diversos fines. En general, la localidad carece de espacios recreo deportivos de mediana relevancia. Los parques metropolitanos tienen características para recreación pasiva y son muy pocos los sitios para la práctica deportiva o recreativa. El único coliseo es el Eduardo Santos y sobre éste se generan muchos inconvenientes para su utilización.⁶³

61 Secretaría Distrital de Planeación POT, Decreto 190 de 2004, Título II, Subtítulo III, Capítulo 9, página 197 y 198, Bogotá, D. C.

62 Secretaría Distrital de Planeación. Conociendo la localidad de Los Mártires: Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos. 2009

63 Universidad Pedagógica Nacional. Diagnóstico de las condiciones sociales, económicas y culturales de la localidad de Mártires. Documento preliminar. Pág. 8. 2009

3.

3. PROFUNDIZACIÓN DEL ANÁLISIS TERRITORIO- POBLACIÓN

3.1 Territorios Sociales

La Gestión Social Integral (GSI), tiene como objetivo la implementación de la política social del Distrito, promoviendo el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales asegurando la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y poner de presente el protagonismo de la población en los territorios.⁶⁴

Como marco metodológico para el accionar en las mesas se entendió desde el equipo de salud del Hospital Centro Oriente la GSI como un ejercicio político-participativo desarrollado en un territorio específico con condiciones de vida particulares y habitado por personas con percepciones diferentes sobre la realidad; un ejercicio cotidiano sobre el que las personas de la comunidad pueden desarrollar sentido de pertenencia y las instituciones acompañar de forma respetuosa, las dinámicas y ritmos de trabajo planteados por los dueños de la realidad del territorio quienes a la vez son sus más profundos conocedores; en éste ejercicio no se estigmatizó la comunidad por las necesidades evidenciadas desde lo institucional y comunitario sino que se tienen en cuenta las potencialidades evidenciadas y el ejercicio de la autonomía.

El proceso ha consistido en el encuentro intersectorial en los escenarios de construcción de debates, discusiones, definición de acuerdos y asignación de responsabilidades en las mesas territoriales de calidad de vida y salud, desde el año 2008 en la localidad, escenarios que en su momento fueron identificados como espacios para el posicionamiento político de la calidad de vida mediante la construcción de estrategias con otros sectores participes en la implementación de la ruta de la gestión social integral, en la lectura de las necesidades y/o realidades, en el análisis de las respuestas, a través de un proceso de construcción con la participación activa de las comunidades, mediante un proceso de movilización social.

El objetivo local se traduce entonces, en la mirada hacia las necesidades más relevantes, de manera individualizada, en el ejercicio de lo “lo propio”, desde la realidad de cada uno, de igual manera sucedió con el análisis institucional, basándose en el ejercicio de lo sectorial. En el año 2008 se llevaron a cabo los primeros ejercicios de construcción colectiva, en la priorización de necesidades y en la definición de metodológicas efectivas para el abordaje territorial, a su vez, para la articulación sectorial y el diseño de escenarios válidos de reflexión, construcción y validación de la gestión social integral.

No se avanzó de manera significativa en el análisis de las oportunidades en términos de las soluciones viables con corresponsabilidad por una comunidad empoderada en la complejidad de la realidad, para el mejoramiento de la calidad de vida y las respuestas integrales desde el ejercicio sectorial, sin embargo, se debe señalar que, en términos de la disminución de la brecha que existe para la construcción intersectorial y transectorial, se logró la apropiación del pensamiento de trabajo colectivo, mediante la construcción conjunta, superando la individualidad institucional, lo que permitió para el 2009 retomar el proceso alcanzado en la vigencia pasada por parte de los actores claves, es así, como, desde la ESE, se retomó la mesa de movilización social (o grupo funcional de gestión territorial), que integrada por actores del ámbito comunitario, ámbito familiar, ámbito escolar, oficina de participación, gestión territorial de la SDS y gestión local, se reunió con una periodicidad mensual, con la finalidad de dar línea respecto a la identificación, priorización y acciones para cada mesa, aportando a su funcionamiento los avances de los núcleos de gestión y grupos gestores.

⁶⁴ Plan de desarrollo Distrital. Bogotá positiva: Para vivir mejor. Capítulo 1: Ciudad de derechos. Artículo 6-Estrategias

Escenarios de articulación sectorial

Cabe señalar que en coherencia con la estrategia de gestión social integral en el 2008 la localidad Los Mártires, mediante un ejercicio de análisis transectorial definió tres (3) mesas territoriales; la mesa del club de la familia, la mesa de alto impacto y la mesa interétnica. En este proceso de posicionamiento de las mesas se logró que a través del escenario de la unidad de apoyo territorial (UAT) se conformaran equipos locales con funcionarios de la Secretaría de Integración Social (SDIS) y el hospital, con profesionales referentes por etapa del ciclo vital, por transversalidades y proyectos de desarrollo de autonomía.

El liderazgo del proceso de la estrategia ha sido por parte de la Secretaría de Integración Social y del hospital, sin embargo, se reconoce que de manera esporádica y tímidamente los demás sectores se han venido sumando a la construcción colectiva según las necesidades identificadas; las propuestas territoriales en esta localidad han venido siendo socializadas desde 2008 en los consejos de gobierno, con el fin de lograr el reconocimiento y validación por parte de la alcaldía local, sin embargo, hasta mediados de 2009, se logró el compromiso del alcalde desde la directriz dada por la secretaria de gobierno Distrital, es así, como, el alcalde local, a través de un empoderamiento significativo de la estrategia, asume el liderazgo y garantiza que los escenarios de posicionamiento político unidades de apoyo territorial (UAT), en este espacio, después de discutir y concertar, se logró llegar a un acuerdo sobre los territorios que se tendrían en cuenta para desarrollar la gestión social integral (GSI), desde el consejo local operativo de política social (CLOPS) para lograr alianzas estratégicas en lo local, con el fin de fortalecer el impacto de las mesas territoriales y la presencia comunitaria activa en ellas, y desde el (CLIP), comisión local intersectorial de Participación se ha promovido la inclusión para el abordaje de la estrategia, que permita la articulación con los representantes de los espacios cívicos ciudadanos, como actores claves comunitarios para las mesas territoriales.

Luego de un ejercicio de revisión conceptual desde la institucionalidad, el cual permitió una reflexión acerca del territorio desde cada sector, alterno con escenarios de encuentro con la comunidad, así, como el ejercicio de reflexión y análisis del enfoque de derechos, del enfoque diferencial, del ejercicio de la autonomía, del desarrollo y reconocimiento de las potencialidades de los ciudadanos y ciudadanas, y de la ruta de la gestión social integral; más allá, de la lectura de las necesidades y/o realidades, lo que llevó a construir un proceso basado en el fortalecimiento del conocimiento de unos sobre la estrategia y la aproximación correcta de la misma para los actores sectoriales locales que no lo tenían.

Es así, como, se definieron dos territorios a partir de las unidades de planeación local (UPZ 102 y 37): territorio social 1 correspondiente a la UPZ 102 La Sabana donde se ha identificado la zona vulnerable por concentración de problemas sociales, pequeña industria casera, comercial y zona especial de comercio sexual y territorio social 2 correspondiente a la UPZ 37 Santa Isabel que presenta la zona de condiciones favorables y de empobrecimiento creciente. Durante el año 2010 se incluye un tercer territorio definido desde la mirada político administrativa del alcalde local, quien consideró importante hacer partícipe al grupo poblacional de comerciantes e industriales quienes representan un alto porcentaje en la localidad, aprovechando las potencialidades en cuanto a los recursos económicos y de oportunidad que pueden dar en beneficio de los estratos 1 y 2, es así que se denomina el territorio social 3 correspondiente a las dos (2) UPZ, de empresarios (comerciantes e industriales).

Se continua el proceso, de manera significativa en los escenarios de construcción y se define el equipo territorial transectorial, como el espacio de diseño de metodologías y el escenario de toma de decisiones conductoras y operativas de la línea de acción definida desde el consejo local de gobierno, bajo el reconocimiento y validación del alcalde local.

Fases para llegar a territorios de gestión social Integral (GSI)

Posterior a la fase de concertación interna en la ESE en el espacio de mesa de movilización o grupo funcional territorial y del posicionamiento de la propuesta en espacios locales como CLOPS y UAT, para la generación de alianzas estratégicas que facilitaran la operación efectiva de las mesas territoriales, se iniciaron los procesos de identificación de los territorios con base en las caracterizaciones de salud a su casa, la prestación de servicios y coberturas de la subdirección local de Mártires y la actualización del diagnóstico local del hospital, en la fase de caracterización se adelantaron con la presencia de comunidad las mesas, la identificación de necesidades, problemáticas, potencialidades, propuestas y vacíos, con el fin de contar en los territorios más que con lecturas de problemas con lecturas de realidades que suministraran los insumos para el desarrollo de la Gestión Social Integral (GSI).⁶⁵

En 2009, la parte más compleja del proceso se relacionó con la generación de compromisos transectoriales para lograr la integralidad en la generación de respuestas sociales; en este sentido, se ha avanzado de manera dinámica y comprometida en los diferentes espacios locales con la validación de los territorios de gestión social integral y los núcleos problemáticos que se han venido construyendo con las personas que desde las comunidades han mostrado compromiso en este trabajo con los diferentes entes locales; y con los aportes técnicos y metodológicos de los diferentes sectores que confluyen en el escenario de análisis, concertación, y establecimiento de acuerdos en el equipo territorial.

Es así como, en el año 2010 se han trabajado estrategias desde la participación con el fin de mejorar el ejercicio ciudadano en la localidad los Mártires. El posicionamiento y liderazgo político del Alcalde local a través del consejo local de gobierno, cuya periodicidad es mensual, es de resaltar, dado que este compromiso ha permitido que en la localidad se reconozca, adopte y apoye la implementación de la estrategia de gestión social integral. Los resultados hasta ahora alcanzados nos permiten garantizar que el proceso local, ha sido coherente con la ruta de la GSI.

Por último, y desde un trabajo de concertación, se pretende trabajar en la construcción de las respuestas integrales, basados en la estrategia metodológica concertada en el equipo territorial, la cual ha permitido en el 2010, construir los análisis de las lecturas de realidades y/o de necesidades, el análisis de la misma desde la institucionalidad, el análisis de las respuestas sectoriales y la construcción de respuestas integrales, estrategias transectoriales, respuestas comunitarias y construcción transectorial de propuestas integrales desde lo institucional y lo comunitario, para finalmente en el mes de noviembre y diciembre del 2010 se construyó la agenda local y los planes de acción concretos, que desde una mirada promocional afecten los determinantes que en los territorios de forma particular o general, afectan las condiciones de vida y salud de las comunidades.

La agenda local presenta los núcleos problemáticos construidos a través del ejercicio transectorial, así como las narrativas y análisis respectivos desde la mirada institucional sectorial y la comunitaria, así, como, el análisis de las respuestas y la construcción de la integralidad de las mismas, ha sido, validada por el consejo local de gobierno y socializada en los escenarios de la junta administradora local y el (CLOPS) consejo local operativo de política social se definió para cada núcleo problemático; la estrategia de abordaje para el fin de la vigencia y el plan operativo de la vigencia 2011 para el posicionamiento de los planes operativos y la formulación de proyectos, para ser socializados en la JAL junta administradora local, con el objetivo de lograr la apropiación de recursos financieros locales.

Este proceso permite evidenciarse la puesta de los diferentes sectores que hacen presencia en lo local de forma permanente, por la suma de acciones institucionales, y la mirada conjunta del territorio y diseño de metodologías concertadas para el análisis, y los abordajes que garantizan la movilización social a través del interés comunitario, con posicionamientos de exigibilidad para la transformación de sus realidades de manera efectiva por parte de los sectores que hacen parte de la localidad, continuando con el modelo de sala situacional, la cual permitió la elaboración de mapas de los territorios y la ubicación de las necesidades y potencialidades, de todos los actores claves participantes del proceso.

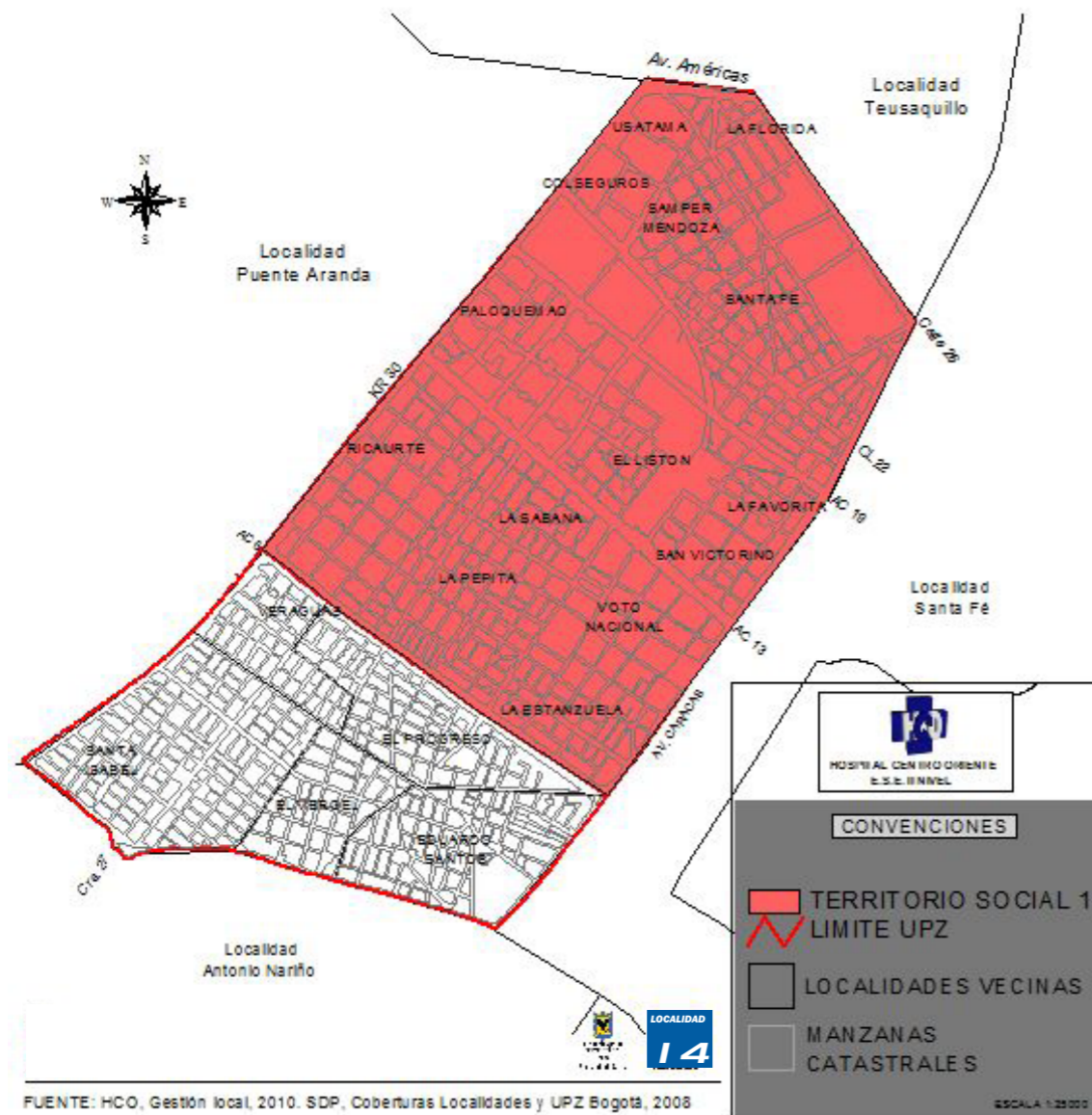
3.1.1 Territorio Social 1

El Territorio social 1 comprende las UPZ (102) la Sabana, ubicada en el costado norte de la Localidad con una extensión de 453,78 hectáreas equivalentes al 69% del total del suelo de la localidad; de esta superficie una (1) hectárea corresponde a zonas protegidas y 15,14 son áreas sin urbanizar. (Mapa 13).

La UPZ 102 La Sabana limita por el Norte con la Avenida de Las Américas y la Avenida Jorge Eliécer Gaitán (Calle 26), por el Oriente con la Avenida Caracas (Kra 14) por el Sur con la Avenida de Los Comuneros (Calle 6 a); y por el Occidente con la Avenida Ciudad de Quito (Kra 30 NQS), cuenta este territorio con 16 barrios que en la actualidad están siendo impactados por el plan centro; dicho plan busca llevar a cabo Intervenciones arquitectónicas, urbanas y sociales sobre el espacio construido, en zonas de la ciudad que se encuentran en condiciones de deterioro, o que presentan potencial de un mayor aprovechamiento dadas sus condiciones de localización estratégica con respecto a los usos y actividades que tienen lugar dentro de ésta.

⁶⁵ Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Documento avance de mesas territoriales .2009

Mapa 13. Territorio social 1. Localidad Los Mártires, Bogotá D.C., 2008.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local, 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Hace parte este territorio del Nodo Estación de la Sabana, donde se encuentran en desarrollo los planes parciales de La Favorita, Estación de la Sabana y Plaza España comercial, los cuales pretenden articular una importante oferta de servicios empresariales, de vivienda y comercio en este punto de desarrollo estratégico para la región capital.⁶⁶

Durante el primer semestre del 2010 se iniciaron en el nodo calle 26 tres proyectos relacionados con la transformación a mediano y largo plazo del centro de la ciudad, estos son: Alameda-Estación

66 Tomado de: <http://www.eru.gov.co/>

central (calle 26-24 entre la transversal 17 y carrera 10), Cementerio Central (calle 26 entre carrera 24 y limite occidental del parque renacimiento, barrio Santa Fe) y Plaza de la Democracia –CAD. Lo que ha generado rechazo por parte de algunos de los habitantes de barrios que están siendo demolidos debido, entre otras razones, a que sus inmuebles están siendo comprados de acuerdo con el avalúo catastral, generando descontento entre los dueños de los predios por el bajo precio obtenido por estos.

Barrios como La Sabana, Voto Nacional, La Pepita y La Favorita, recuerdan la dinámica de la Localidad en los inicios del siglo XX como lugares estratégicos alrededor del funcionamiento del tren, punto de llegada de pasajeros, la presencia en los alrededores de tiendas de abarrotes y comercio de diferentes mercancías⁶⁷.

En éste territorio existe una mayor variedad de usos del suelo que en la UPZ 3768. Así por ejemplo existe una pequeña área clasificada como residencial neta correspondiente a Colseguros y Usatama la cual ha permanecido ajena a las acciones institucionales que tradicionalmente se han concentrado en barrios de fragilidad social como: La Favorita, el Voto Nacional donde se localiza la calle del Bronx y La Pepita entre otros, un área un poco mayor correspondiente a Zona Residencial con Actividad Económica, mientras que cerca del 50 % del suelo de la UPZ (el sector central de la UPZ desde el límite occidental hasta el oriental) corresponde a Zona de Comercio Cualificado (Zonas y ejes consolidados de escala metropolitana y urbana, conformados por establecimientos comerciales de ventas al detal) especialmente hacia el sector de San Victorino y San Andresito, sectores de la localidad donde se encuentra sitios comerciales, industriales y de prestación de servicios que atraen alta población flotante sobre todo en horarios diurnos, pero que son desolados en la franja nocturna.

También cuenta con una importante oferta de transporte público y privado que genera zonas de parqueo y paraderos informales, invasión de espacio público, contaminación visual y auditiva; características que crean congestión, aglomeración y facilitan la ocurrencia de delitos contra el patrimonio como el hurto a persona (raponazo, fleteo y atraco en la noche), hurto a establecimiento comercial (atraco o descuido en el día y en la noche violación de chapas o utilización de llaves maestras) y hurto a vehículos y motos (halado en el día y atracos en la noche). Estos territorios se ven afectados por procesos de deterioro urbanístico y abandono, es común entre ellos el consumo y compraventa de alcohol en diversos establecimientos al interior del territorio, al igual que el consumo y comercio de sustancias psicoactivas por parte de algunos de sus habitantes.

En el Barrio La Estanzuela existe una importante área clasificada como Zona de Servicios al Automóvil (Zonas de servicios relativos al mantenimiento, reparación y suministro de insumos a vehículos), presentando principalmente problemática a nivel ambiental; y una zona clasificada como de Comercio Pesado (Zonas de comercio mayorista y venta de insumos para la industria y materiales de construcción a gran escala) en el área de Paloquemao sobre la Carrera 30. Igualmente, existen otras porciones de suelo clasificadas como Zonas de Servicios Básicos (Zonas definidas para edificaciones e instalaciones de servicios relacionados con: -Seguridad ciudadana, -Defensa y justicia, -Abastecimiento de alimentos, -Recintos feriales, -Cementerios y servicios funerarios, -Servicios de la administración pública, -Servicios públicos y de transporte), como en el caso del Cementerio Central, la Plaza de Paloquemao y La Estación de la Sabana. Finalmente, en la UPZ también existe un número destacable de pequeñas áreas clasificadas como Zona de Equipamientos Colectivos (instalaciones educativas, culturales, de salud, de bienestar social, de culto), como la correspondiente al hospital Mayor Méderi; y áreas de suelo protegido como el Parque del Renacimiento.

67 Tomado de : <http://historiayespacio.univalle.edu.co/TEXTOS/20/Articulo3.pdf> el 27 de julio 1:26 pm
68 Tomadode:<http://www.segobdis.gov.co/documentos/martires/observatorio/documento/cap3/sec04.htm>

Por otra parte, en los barrios Santa Fe y la Favorita se ubica la zona especial de comercio sexual (reconocida como zona legalizada de ejercicio de prostitución según el Decreto 187 de 2002), en la cual se presenta mayor cantidad de delincuentes, y mayor percepción de inseguridad para el sector debido al comercio ilegal de SPA, armas y la venta de alcohol. Se visualiza el ejercicio de la prostitución como problemática desde las familias que se encuentran alrededor de ésta zona quienes manifiestan inconvenientes con quienes “laboran” allí al no cumplir con el pacto de convivencia firmado con las autoridades del sector.

Se evidencia la existencia de edificaciones en procesos jurídicos y abandonadas, especialmente hacia la carrera 22 y 24 entre calles 17 a 24, debido, entre otras causas, a la implementación de las obras del plan centro, por lo cual no se invierte en restauraciones o adecuaciones, sin embargo, desde el nivel Distrital se ha adecuado en esta zona hogares de paso para familias desplazadas que llegan a éste territorio huyendo de la violencia producida por grupos al margen de la ley en sus lugares de origen.

Es común el subarrendamiento de edificios en regular estado como resultado del afán de explotar comercialmente el suelo, las familias que habitan este tipo de viviendas poseen un nivel socio cultural bajo que dificulta la apropiación de conceptos necesarios para el cumplimiento de las normas sanitarias llevando a que las personas más frágiles (niños y ancianos) sean propensos a desarrollar eventos de salud que pueden ser prevenibles desde las buenas prácticas de higiene.

De la población caracterizada por Salud a su Casa en el año 2009, el 49% pertenece a la etapa de adulto, sigue juventud con 29%, infancia y vejez con un 9%, población que se encuentra en alto riesgo social, ante todo los niños y cuidadores por la preparación de alimentos con combustibles inflamables, presencia de consumo de psicoactivos dentro de la vivienda, hacinamiento, riesgo de enfermedades transmisibles.

Se cuenta con factores potencializadores como grupos y redes organizados en los dos territorios que confluyen las etapas del ciclo vital entre estos están; asoprovid, casa de la adivinanza, núcleos de gestión, gestores comunitarios, y también cuenta con juntas de acción comunal comprometidas.

Otro factor potencializador identificado en la localidad es que Los Mártires junto con Puente Aranda representa el 11% del total de las empresas registradas en Bogotá, donde sobresalen cinco concentraciones de empresas en las que se encuentran las cadenas de productos; alimenticios, metalmecánica, textiles, productivas y de construcción las cuales son de gran importancia en la estructura empresarial de los Mártires. Se encuentran 12.188 empresas con predominio de las microempresas y Pequeñas y Medianas (PYMES). La mayor proporción empresarial se localiza en los micro territorios de: Paloquemao, Lisboa, Ricaurte, Voto Nacional y Estanzuela y se concentra en esta el 35,6% de las empresas de la localidad.

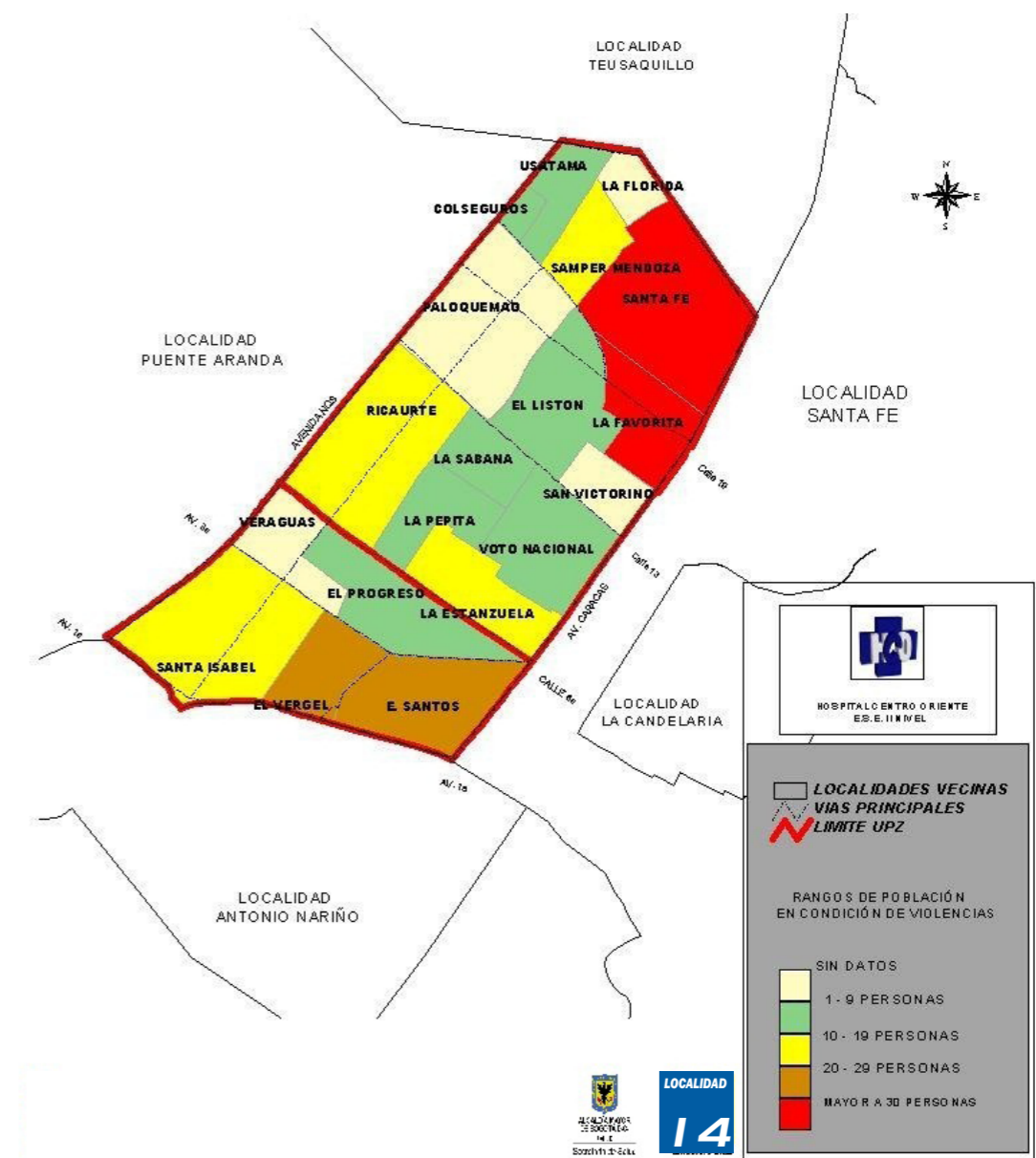
A continuación se presenta la narrativa de los Núcleos problemáticos transversales a las etapas de ciclo vital, los cuales parten de la caracterización desde lo general del territorio (situación geográfica, equipamientos) problemáticas por etapa de ciclo, causas de lo encontrado y potencialidades del territorio por cada núcleo problemático. Estos fueron construidos en dos etapas, a saber; la primera etapa, permitió llevar a cabo un proceso de construcción de los núcleos problemáticos bajo el análisis del sector salud, por etapa de ciclo vital, por transversalidad y por Proyecto de Desarrollo de Autonomía (PDA). La segunda etapa consistió en socializar los núcleos al equipo territorial transectorial local, los cuales sirven como base para el análisis, la definición y la construcción de los núcleos problemáticos transectoriales. Una vez abordadas las dos etapas de definición y construcción de núcleos problemáticos, se presenta en el diagnóstico la fusión de los núcleos sectoriales y transectoriales.

3.1.1.1 Núcleo Problemático 1

Entornos y relaciones maltratantes en el núcleo familiar, exponen a los y las habitantes en todas las etapas de ciclo vital al deterioro de calidad de vida transgrediendo el derecho a la integridad personal.

Desde lo notificado al sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar y abuso sexual (SIVIM), los casos de personas en condición de violencias, se concentran en los barrios del territorio social 1, Santa Fe y La Favorita como se puede observar en el mapa 14.

Mapa 14. Violencia intrafamiliar notificada al SIVIM. Hospital Centro Oriente Localidad Los Mártires, Bogotá D.C, 2008.



FUENTE: Hospital Centro Oriente. PDA Salud mental. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Las condiciones presentadas en el territorio explican en parte las violencias; se reportaron al sistema de vigilancia SIVIM 207 casos de violencias de los cuales el 55% se dieron hacia las niñas, concentrándose en los barrios Santa Fe (27%), La Favorita (17%) y la Estanzuela (10%); en estos sectores los niños, niñas y adolescentes presentan mayor vulnerabilidad entre otras causas por la desestructuración de las familias.

Los barrios La Favorita y el Voto Nacional, son considerados como zona crítica en seguridad y convivencia ciudadana, centralizándose inquilinatos en estos sectores donde el hacinamiento, deterioro físico y situación económica adversa por parte de las familias que la habitan, afectan la convivencia generando violencia e intolerancia, viéndose reflejada dicha situación en que el 18% de los casos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica SIVIM corresponden a estos barrios.

En el registro SIVIM del año 2009 la segunda población que evidencia más casos de violencia después de la infancia es la juventud. Las violencias más presentadas en esta etapa de ciclo vital son la violencia emocional con 38 casos, física 15 casos, negligencia 12 casos y sexual 5 casos.⁶⁹ Las violencias más presentadas en esta etapa de ciclo vital son la Violencia emocional, física, negligencia y sexual.

Tabla 23. Distribución porcentual de violencias por grupos etarios y sexo en la Localidad, Bogotá D.C, 2009

| GRUPO ETAREO | FISICA | | EMOCIONAL | | SEXUAL | | ABANDONO | | NEGLIGENCIA | | ECONOMICA | |
|--------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-------------|-----------|-----------|----------|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| 16 a 20 | 1 | 7 | 5 | 19 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 | 9 | 0 | 1 |
| 21 a 26 | 0 | 7 | 1 | 13 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| TOTAL | 1 | 14 | 6 | 32 | 1 | 4 | 0 | 2 | 1 | 11 | 0 | 1 |

Fuente: Bases de datos SIVIM. 2009. Área de Salud Pública. Hospital Centro Oriente II Nivel ESE.

En esta etapa de ciclo vital las violencias se dirigen más hacia las mujeres, por lo tanto las violencias presentadas al interior de la familia también son violencias por género.

Se reportaron 90 casos de violencias contra los menores de 12 años de los cuales el 55% son padecidos por las niñas y se concentra más en los barrios; Santa Fe, La Favorita y la Estanzuela y particularmente en la zona de condiciones de vida de concentración de problemas sociales y la zona de comercio sexual, en juventud la violencia física presentó un índice de 31,8, violencia sexual 16, 6 y 18 casos de intento de suicidio en la población joven. A partir de los significados y explicaciones que los propios jóvenes han construido en torno a dichas conductas⁷⁰, tales motivaciones están asociadas con: ausencia o deficiencia de diálogo y comunicación, el sentimiento de soledad, las rupturas emocionales, el rendimiento académico y hace presencia en los hogares la situación de violencia intrafamiliar en los adultos que hace que estas problemáticas se acentúen en forma de violencia emocional y física, particularmente en el barrio Santa Fe que guarda relación con las circunstancias de fragilidad social que aporta la zona de alto impacto.

El consumo de sustancias psicoactivas en la localidad de Mártires se constituye en uno de los fenómenos más complejos y de mayor impacto socioeconómico, algunos Factores conexos al consumo de SPA en los jóvenes de los mártires son el Bajo nivel escolar, actitud favorable frente

⁶⁹ Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Diagnostico Juventud. Localidad Mártires. 2010

⁷⁰ Diagnostico juventud 2009; Hospital Centro Oriente unidades de análisis SM.

al consumo, carencia de metas. autoimagen negativa, baja tolerancia al estrés, poca asertividad, influencia inductora de pares, personalidad dependiente, impulsividad, fácil acceso a las sustancias debido a la Incidencia de territorio, en la UPZ de La Sabana es donde se genera mayor consumo debido a la zona de alto impacto, el Bronx y Cinco Huecos en esta última se evidencia un número aproximado de 53 jóvenes de los cuales 21 son mujeres y 32 hombres, para muchas personas de esta parte del territorio el consumo se convierte en la única salida para poder desempeñarse en su trabajo diario. Encontrando que las sustancias de mayor consumo son el basuco, la marihuana seguida del alcohol y el bóxer.⁷¹

A partir de los significados y explicaciones que los propios jóvenes han construido en torno a dichas conductas, tales motivaciones están asociadas con: ausencia o deficiencia de diálogo y comunicación, el sentimiento de soledad, las rupturas emocionales, el rendimiento académico.

En el Barrio Santa Fe, el ejercicio de la prostitución por parte de algunas de las madres, hace que se fomente la explotación sexual desde edades tempranas, en los barrios La Favorita y La Estanzuela existe concentración de población en condición de desplazamiento (indígenas emberakatio), quienes presentan problemas de alcoholismo e indigencia viéndose inmersos los menores de edad en ésta situación⁷².

Por otra parte, existe en la población que habita este territorio una gran percepción de inseguridad, cuantificada en datos como la tasa de homicidios la cual fue de 81 por cada 100.000 habitantes para el año 2009, siendo la más alta de las 20 localidades de Bogotá. Además de la afección directa de la calidad de vida de quienes habitan o transitan el sector, lo cual se expresa en que se afecta la salud mental (trastornos psíquicos como ansiedad y estrés ante la inseguridad percibida), se ha evidenciado que las personas con mayores índices de miedo al delito realizan menos actividad física y presentan menos vida social. Otro aspecto que llama la atención es la conformación de grupos de seguridad al margen de la ley con el fin de dar respuesta a este evento.⁷³

Por otra parte, la transversalidad de población en situación de desplazamiento ha documentado algunos casos de familias que han sido desplazadas forzosamente por bandas criminales organizadas que tienen vínculos con grupos al margen de la ley como bandas emergentes de antiguos grupos paramilitares, quienes controlan el expendio de sustancias psicoactivas y armas en redes que se extienden entre esta y otras localidades de Bogotá y son reconocidos como autores de un número importante de extorsiones, homicidios relacionados con su dominio territorial. Esta situación de vulneración de Derechos Humanos sin contención por parte de las autoridades podría llegar a posicionar a la Localidad de Los Mártires como un territorio expulsor de población en aumento. A pesar de la evidencia en la problemática, muchos de los casos no son denunciados o el Ministerio Público impide irregularmente la declaración desvirtuándola por tratarse de conflictos relacionados con delincuencia común.

En el último trimestre del 2010 el Hospital acompañó el caso de una familia a la que, siendo víctima de desplazamiento intraurbano por parte de una banda criminal de la Localidad, no le había sido recibida su declaración por parte de Personería ni Defensoría del Pueblo.⁷⁴ De 4.817 casos de desplazamiento que tuvieron a Bogotá como expulsor entre 1997 y 2009, la Localidad ha participado con el 1,3%; a partir del año 2005, cuando comenzó el fenómeno en la Localidad, hubo un aumento significativo con mayor auge en el 2007.⁷⁵

⁷¹ Unidad de análisis habitante de calle, 2010.

⁷² Hospital Centro Oriente. Gestión local. PDA Salud mental [Documento en CD ROM]. Documento Marco situacional de la salud mental. Localidad Mártires.2009

⁷³ Observatorio de seguridad en Bogotá, balance Enero-Junio 2009

⁷⁴ Artículo de Prensa: Tras la búsqueda de la banda de "Los Pineda". El Tiempo. Noviembre 5 de 2010.

⁷⁵ Secretaría de Gobierno. Documento: Plan Integral Único de Atención Integral a Población Desplazada en

3.1.1.2 Núcleo Problemático 2

En los territorios sociales 1 y 2 se presentan ambientes poco saludables para los habitantes del territorio, lo cual se evidencia en contaminación ambiental (visual, del agua, aire, auditiva, por basuras), inadecuado uso del espacio público, los espacios existentes no son propicios para la recreación y las viviendas están en condiciones inadecuadas, hacinamiento y deficiencia en las acometidas y redes de servicios públicos.

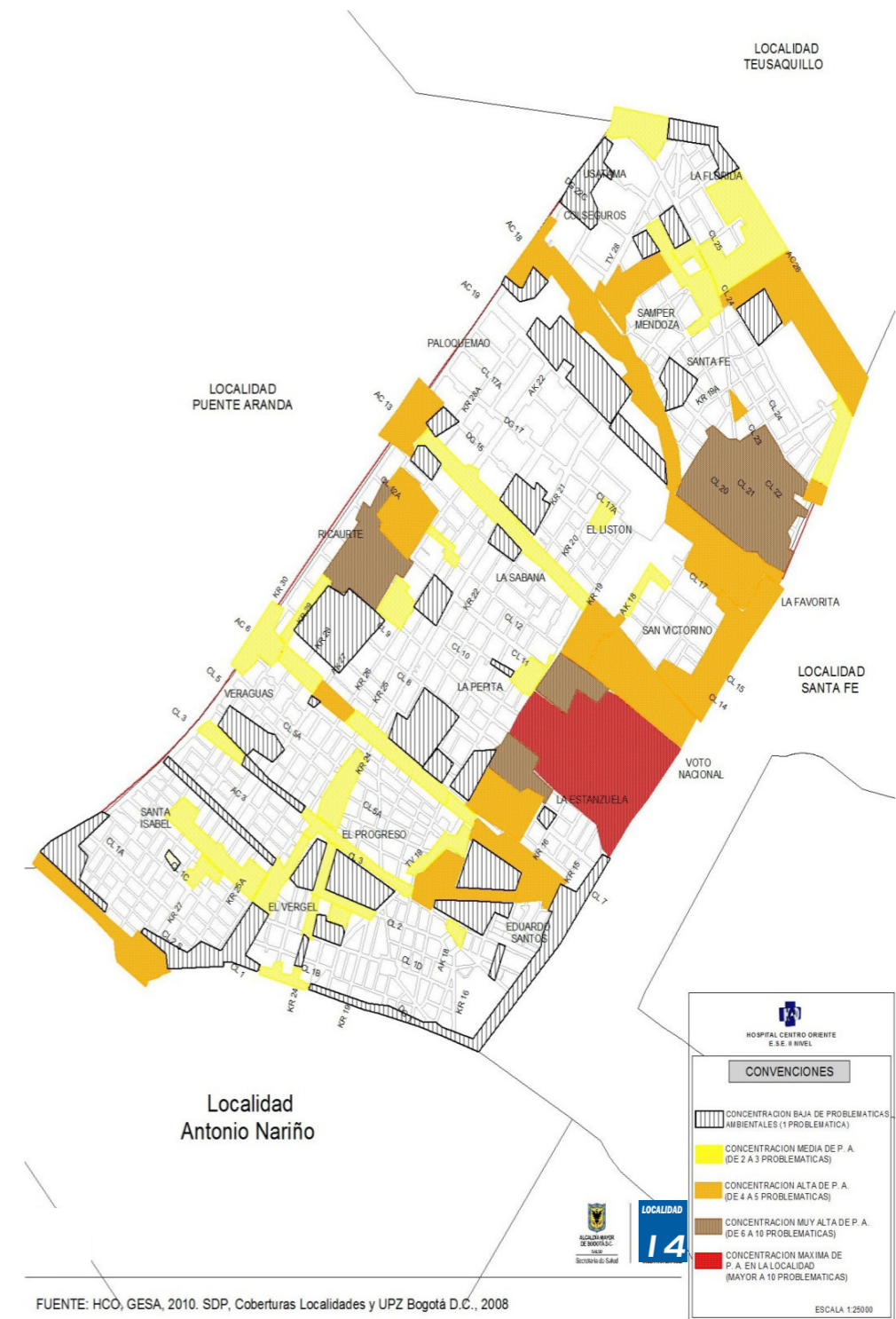
La localidad de Los Mártires, por su dinámica comercial y por su ubicación geográfica, es susceptible a los impactos generados, por el vertimiento de residuos líquidos de forma directa en las alcantarillas, provenientes de la actividad industrial, por la baja regulación legal y ausencia de políticas intersectoriales, por la mala gestión ambiental y por falta de concientización de los propietarios de esta PYMES, la calidad del aire se ve afectada por el tránsito vehicular que circula en la Localidad el cual se relaciona con las partículas PM 10, el manejo, depósito de residuos sólidos en el espacio público entre otros.

Principalmente en los barrios Paloquemao, La Favorita, Ricaurte, Listón, Samper Mendoza y Santa fe, se evidencia presencia de caninos callejeros, manejo inadecuado de excretas y basuras generando proliferación de plagas.

Los puntos críticos de acumulación de basuras se encuentran en el sector de la Vía Férrea entre carreras 19 y 23 donde hacen la separación de materiales de reciclaje los habitantes de calle y dejan a la intemperie material que no es aprovechable. Igualmente se presentan condiciones higiénicosanitarias inadecuadas en edificaciones.

Tenencia inadecuada de animales y exposición de alimentos a la contaminación, incumplimiento de BPM, hábitos inadecuados de quienes manipulan los alimentos, 76lo que posibilita la presencia de eventos de salud en los y las habitantes en todas las etapas de ciclo vital, vulnerando el derecho a disfrutar de un ambiente sano. Mapa 15.

Mapa 15. Problemáticas ambientales. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C., 2009



En visitas realizadas a inquilinatos durante el segundo semestre de 2009 por parte de hospital Centro Oriente, se evidenció que no se cuenta con servicio de agua y alcantarillado, se presenta inadecuada manipulación y almacenamiento de residuos domiciliarios, riesgo por inadecuada manipulación de alimentos, techos suelo y paredes inadecuados, construcciones sin adecuada ventilación; humedad que aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias y enfermedades transmisibles; se evidencio que se cocina dentro de la habitación con leña y gasolina.⁷⁷

Otros problemas relacionados con saneamiento básico se relacionan con la estructura de las viviendas, que presentan paredes fabricadas en madera, techos en plástico, pisos en tierra y materiales derivados de madera, tanques de almacenamiento de agua sin tapas expuestos a la intemperie y ausencia de baños en el territorio social 1 en algunas viviendas y espacios públicos en los barrios; Santa Fe, Pepita y La Favorita entre otros. Situaciones que aumentan la fragilidad social y modos de vida no adecuados en la población y asentamiento de recicladores.

Esta problemática es vista por el adulto mayor el cual manifiesta habitar en viviendas que presentan estados precarios de riesgo y hacinamiento, sin posibilidad de mejorar por sus limitadas condiciones de ingresos y aumentan su fragilidad social, además aducen problemas de disposición inadecuada de los residuos sólidos, es decir presencia de basuras, materia fecal, material de reciclaje en los sitios aledaños a sus residencias lo que posibilita la presencia de roedores y vectores.

3.1.1.3 Núcleo Problemático 3

En el Territorio Social 1 se presenta situaciones de fragilidad social en los habitantes (personas en situación de prostitución, habitante de calle, personas en situación de discapacidad, personas en situación de desplazamiento, personas consumidoras de sustancias psicoactivas -SPA- y personas desempleadas) generando discriminación en estos grupos poblacionales lo cual dificultan la convivencia con los y las residentes de este territorio, afectando la calidad de vida de todos y todas.

Zona de Comercio Sexual: Reconocida, como zona legalizada de ejercicio de prostitución según el Decreto 187 de 2002, ubicada al nororiente de la localidad sobre la avenida Caracas y comprende los barrios de Santa Fe y La Favorita. Las personas dedicadas a esta actividad, trabajan en la localidad, pero residen en diferentes sitios del Distrito, constituyendo uno de los grupos con alta vulnerabilidad, bajo las cuales se ofertan y se demandan los servicios sexuales.

Gran parte de esta población, no se encuentra afiliada al Sistema general de seguridad social (SGSSS) restringiéndosele el acceso a los servicios de salud; quienes a pesar de contar con aseguramiento en régimen contributivo, no tienen acceso a los servicios, por estar cada tres meses rotando por diferentes ciudades del país.⁷⁸

En la zona especial de Comercio Sexual barrio Santa Fe, Pepita y Favorita, hay entre 400 a 500 personas que ejercen la actividad de prostitución en este sector, y va en aumento el número de jóvenes que llegan de otras ciudades. El 63% de las mujeres que ejercen prostitución, están en un rango de edad de los 18 a los 30 años.⁷⁹

El 54% reporta la situación económica como la principal causa del ingreso a esta actividad y en segundo lugar con un 24% reportan la falta de empleo, situación que lleva a establecer un núcleo problemático que incide fuertemente en la calidad de vida del ciclo vital social del territorio social uno en cuanto a su calidad de vida y bienestar que refiere.

⁷⁷ Situación evidenciada y registrada durante las visitas realizadas en inquilinatos del barrio San Bernardo. Julio a Noviembre de 2009.

⁷⁸ Marco situacional de personas en situación de prostitución 2009 HCO.

⁷⁹ Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Diagnostico etapa ciclo vital Juventud; 2009.

También se empieza a identificar entre los niños, niñas y jóvenes de la localidad casos de trabajo y explotación sexual comercial, y trabajo infantil⁸⁰. El trabajo sexual se presenta como un problema psicosocial y una forma de degradación humana, que suele estar asociada a malos tratos, carencias afectivas, analfabetismo, desplazamiento, necesidades económicas, ausencia de respaldo social o familiar por cuanto hay muchos factores que llevan a las mujeres, hombres, niños y niñas y en general comunidad LGBT, a incursionar en ésta actividad, debido a las complejidades y sensibilidades que giran alrededor del tema, las cuales van desde su naturaleza económica hasta sus implicaciones en la moral pública, el bienestar social, la delincuencia común, la venta de armas y la venta ilegal de auto partes para carros pequeños y tracto mulas, en la zona conocida como “la Playa”, entre otros sectores.

Los R.I.P.S., registros que dan cuenta de los eventos atendidos en la parte asistencial en salud no cuentan con la variable poblacional L.G.B.T. lo que impide conocer los patrones de morbilidad de esta población en la localidad.

Esta población en diversos procesos y espacios han denunciado vulneraciones en el ejercicio del derecho a la salud entre los que se pueden señalar: Los exámenes ginecológicos para mujeres lesbianas no se encuentran adecuados a las particularidades su vida sexual y en ocasiones se encuentra con tratos discriminatorios por parte del personal médico. De igual forma, se tiende a dar por hecho que estas mujeres no están expuestas a enfermedades de transmisión sexual como el V.P.H., o que por no tener relaciones de tipo heterosexual no necesitan realizarse la citología de forma periódica.

El derecho a la salud de las personas transgeneristas es vulnerado pues el sistema de salud no es adecuado a sus derechos y necesidades, no existen protocolos médicos de atención, ni el plan obligatorio de salud cubre tratamientos hormonales o quirúrgicos en función de su construcción identitaria.

No hay acciones dirigidas a la prevención de riesgos prevalentes en la salud de las personas Transgeneristas derivadas de sus procesos de hormonización y cambios corporales. Se evidencia la Falta de capacitación al personal de la salud para poder ofrecer una atención diferencial, con calidad, calidez y oportunidad.

Se hace necesaria la inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en las rutas de atención de eventos prioritarios en SSR (Salud Sexual y Reproductiva), Salud Mental y rutas de atención a poblaciones específicas para lograr dar a estas una mirada diferencial. En la localidad Mártires las personas Transgeneristas, para sus actividades tanto en el ejercicio de la prostitución como en salones de belleza se concentran en el barrio Santa Fe en la Zona de Alto impacto y sus alrededores. La subsecretaría de Integración Social encontró en el curso del 2009 en sus recorridos 176 mujeres transgeneristas en ejercicio de la prostitución en esta zona.

El nivel educativo promedio de estas mujeres es la básica primaria. En las entrevistas realizadas para el documento de diagnóstico de la Corporación Opción y en los grupos realizados en los talleres de formación en derechos ellas señalan como causa de su deserción escolar la discriminación a la que se vieron objeto cuando hicieron evidente su deseo de una construcción identitaria no normativa. Algunas de ellas lograron avanzar en la secundaria al costo de soportar una constante discriminación y verse excluidas constantemente durante el proceso de formación.

En la localidad de Mártires 74 mujeres trans asisten durante el primer semestre de 2009 a los talleres programados por la Subsecretaría de Integración social para la expedición del certificado de Código de Policía. Respecto a este en el punto de encuentro convocado por la transversalidad de género del Hospital Centro Oriente las mujeres trans refieren que la tenencia o no del este

⁸⁰ Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Diagnostico etapa ciclo vital infancia.2008

certificado se ha convertido en un factor restrictivo de sus derechos al prestarse para hostigamientos por parte de la fuerza pública lo que contradice el carácter formativo inicialmente planteado para este.

Estas mujeres transgeneristas que ejercen la prostitución en la Zona de Alto Impacto residen principalmente en los barrios Santa Fe y La Favorita en la localidad de Mártires. Sus condiciones de hábitat son precarias en tanto viven en estos barrios en inquilinatos en muchas ocasiones en condiciones de hacinamiento. Tanto su actividad económica, como las condiciones de vida asociadas y las relaciones que establecen aparecen ligadas a violencia de pareja y con su entorno cercano, establecimiento de dependencia económica y emocional y otras problemáticas asociadas. Ante esto se hace necesaria una intervención psicosocial que atienda las particularidades de esta población.

Por lo expuesto anteriormente, en la localidad de Mártires la temática L.G.B.T. está asociada a la población transgeneristas y la forma como ella se ha visibilizado.

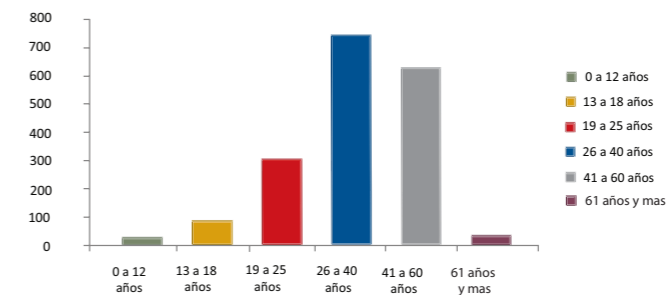
Adicional a las problemáticas presentes en el territorio se encuentra la población habitante de calle, presentándose en localidad de Mártires el nivel más alto de esta población, ubicados en la calle del Bronx, cinco huecos y voto Nacional. Estos nuevos asentamientos han acelerado los procesos de descomposición del tejido social tanto para la población receptora como para estos nuevos habitantes, la delincuencia común, el expendio de sustancias psicoactivas, venta de armas y la pérdida de la seguridad ciudadana se ha incrementado considerablemente en la zona como resultado del fraccionamiento del antiguo cartucho⁸¹.

En trabajo directo por el ámbito comunitario del Hospital Centro Oriente, se identificó que las problemáticas del habitante de calle en este sector se relacionan con la falta de orientación y de conocimiento a los servicios para obtener la carta de indigencia y el acceso a los hospitales, el consumo de SPA, la desintegración familiar (familias disfuncionales), el rechazo y agresividad por algunos miembros de la policía y de la sociedad, falta de respuesta por parte de algunas instituciones para el internado o intervención con la población, no oportunidades laborales, que tengan estabilidad y falta de trabajo con la comunidad en el tema del estigma y de la exclusión.⁸²

A través del trabajo intersectorial, se han identificado 29 niños y niñas menores de 14 años que aparecen como habitantes de la calle en zonas de fragilidad social, sin embargo el mayor número de estas personas es 26 a 40 años como se muestra en la gráfica 14; a partir del diagnóstico de Habitante de la calle del ámbito Comunitario del Hospital Centro Oriente⁸³, los cuales presentan como centro definidor de su vida, el consumo compulsivo de sustancias psicoactivas, su presencia se da fundamentalmente en él: Voto Nacional, la Pepita y la Favorita.

De acuerdo al censo de habitantes de calle del 2007, el 30,3% de estas personas se encontró en esta localidad y el 70,3% corresponde a población adulta.

Gráfica 14. Distribución según edad de los habitantes de calle. Localidad 14 Los Mártires, Bogotá D.C., 2007



Fuente: diagnóstico habitante de calle. Hospital Centro Oriente. 2008.

El habitante de calle, en términos de origen, guarda relación con eventos que se afrontan en otras etapas del ciclo vital: desintegración familiar, violencia, abuso sexual, trabajo infantil, problemas económicos, consumo de psicoactivos, lo que genera deterioro de la salud mental y como opciones de vida la calle, además afronta la soledad y poca pertenencia a grupos sociales, maneja relaciones conflictivas y sujetas a la necesidad de llevar a cabo acciones de grupo (consumo por ejemplo); participan en programas institucionales pero no se vinculan a ellos, dado que generalmente no se dan procesos sino acciones, incluso afrontan barreras de acceso a los servicios de salud por razones de identificación y aseguramiento.

Estas personas permanentemente asumen conductas de riesgo entre las que se encuentran: condiciones higiénicas deficientes, inseguridad alimentaria, vivienda inestable, prácticas sexuales poco reguladas, vinculación a acciones ilegales, depresión, trastornos de personalidad, estrés, pensamientos suicidas, entre otros y su subsistencia oscila entre el asistencialismo institucional, la mendicidad, la delincuencia (hurtos y homicidios), la prostitución, desencadenando rechazo y estigmatización que en algunos casos se expresa en acciones de "limpieza social". El habitante de Calle se encuentra a lo largo y ancho de la localidad en los territorios 1 y 2.

Otros grupos que se encuentran en situaciones de fragilidad social son la población desplazada y grupos étnicos, los cuales presentan condiciones económicas desfavorables que se reflejan en la exclusión institucional y escasas oportunidades de empleo afectando las condiciones de vida al interior de las familias. Por su situación tienen predisposición a adquirir enfermedades mentales, están afectados por ERA, EDA enfermedades crónicas y problemas de Salud Oral. El medio al que llegan hace más fácil que consiga trabajo la mujer que el hombre afectando el cuidado y la alimentación de los niños y las niñas.

El desplazamiento genera deserción escolar. Es común el trabajo infantil en el contexto de llegada. Pérdida de oportunidades para recrearse y jugar. No hay espacio en los sitios de habitación, además de ser en muchos casos, ambientes poco saludables, expuestos a roedores y otros; las calles no ofrecen buenas alternativas, viven con inseguridad; o deben trabajar e incluso mendigar para colaborar con el sustento familiar. Niños y niñas que permanecen encerrados en cuartos de inquilinato, mientras sus padres gestionan sustento o realizan trámites asociados a su condición de desplazados. Niños y niñas aislados o con comportamientos agresivos, sin mayores posibilidades para comprender y resolver los estados asociados a vivencias de violencia. Los jóvenes se encuentran en permanente riesgo por los entornos territoriales, en donde se acercan a consumo de

81 Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Diagnóstico Local con participación Social 2008.

82 Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Diagnostico Habitante de Calle. Localidad Los Mártires 2009

83 Hospital Centro Oriente Gestión local. [Documento en CD ROM] Diagnostico habitante de calle; 2008.

sustancias Psicoactivas (SPA) y alcohol. Conflictos entre sus costumbres y las nuevas formas de vida en la ciudad: manejo del tiempo libre, vestido, formas de hablar, arreglo personal, socialización. Desescolarización y bajo rendimiento escolar por desniveles que genera la baja calidad educativa en regiones apartadas del país. Embarazos tempranos, complicaciones del embarazo, experiencias de abusos.

Con relación a personas en condición de discapacidad (PCD), durante el 2007 en la localidad se localizaron 5.595 personas que presentan una limitación permanente,⁸⁴ de estos, solo 2027 cuentan con registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad, donde 46,7 % corresponde a hombres y el 53.3 % restante a mujeres. La población con discapacidad de la localidad está concentrada en el ciclo vital de vejez predominando las mujeres, características socio - demográficas que guardan concordancia con los registros de las PCD del Distrito Capital; otra de las etapas de ciclo vital en el que se registran cifras considerables de PCD es adultez con distribuciones equilibradas en relación al sexo; por otro lado, las etapas de infancia y juventud en la localidad de Mártires no reportan un número significativo, sin embargo, se debe reconocer que del total de la población reportada por el último CENSO poblacional, tan solo 36% está registrada y localizada.

En la localidad de los Mártires, se evidencia que las actitudes negativas frente a la población con discapacidad son las condiciones que afectan directamente el reconocimiento y garantía de los derechos fundamentales de esta población; según el registro de localización y caracterización, es en el núcleo familiar donde se presenta el mayor rechazo frente a la PCD, y así mismo, esta discriminación hacia las personas con discapacidad se difunde en otros espacios como lo son la comunidad, en el trabajo, en la educación y en la población en general. Cabe resaltar, que el ciclo vital que mayor grado de rechazo enfrenta es el de adulto mayor, lo que genera mayor repercusión dentro de la localidad, puesto que esta etapa de ciclo vital es la que mayor prevalencia tiene con respecto a cifras de discapacidad, así mismo, esta condición, va directamente relacionada con el imaginario social que homologa vejez con discapacidad; mirada negativa hacia el proceso de envejecimiento y situación que por un lado afecta negativamente la autonomía y autoestima de la PCD y por otro, genera situaciones críticas como el abandono de los adultos mayores en hogares o instituciones geriátricas o gerontológicas.

Otro aspecto importante es el bajo nivel de acceso al sistema educativo que tienen las PCD, lo cual explica la dependencia de la población con discapacidad a nivel económico en su etapa de vida adulta y por ende su calidad de vida precaria en la vejez, y por otro lado la escolaridad afecta también la situación laboral de las PCD, puesto que no cuentan con la capacitación requerida por las empresas, razón por la cual se dificulta la vinculación de estas personas en el sector formal, lo cual resulta en el incremento de actividades productivas desde puestos de trabajo informales como vendedores ambulantes, zapateros, lustradores, loteros, entre otros. Del mismo modo, otra de las dificultades identificadas para el logro de una inclusión laboral formal de la PCD, es la existencia de imaginarios negativos sobre las capacidades y competencias productivas de la población con discapacidad, actitud que restringe la integración laboral y vulnera los derechos de estos individuos, generando así condiciones de rechazo y exclusión para el desarrollarlo de sus capacidades y potencialidades, sin mencionar que es una falta contra la garantía de sus derechos fundamentales.⁸⁵

84 DANE, Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Bogotá, 2007.

85 Hospital Centro oriente. . Gestión local. [Documento en CD ROM] Transversalidad de Discapacidad. Documento archivo PIC.2010 pag16

3.1.1.4 Núcleo Problemático 4

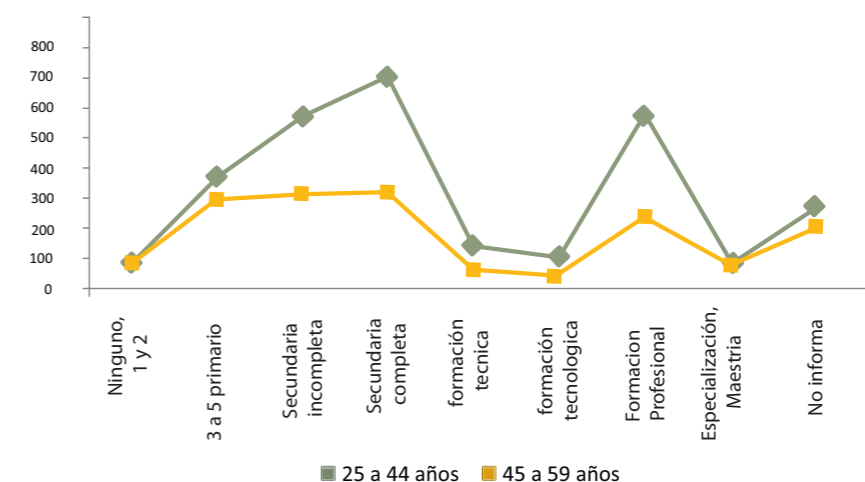
Alta dependencia económica, desempleo y trabajo informal que se asocian a bajos niveles educativos y falta de oportunidades laborales afectando la calidad de vida de los habitantes del territorio 1 y 2 de la localidad de Los Mártires, generando inestabilidad en el grupo familiar y social que se manifiesta en violencia intrafamiliar, explotación sexual infantil, desnutrición y vulnerando los siguientes derechos: trabajo, vivienda, educación, salud, seguridad social, alimentación, nutrición, y seguridad económica.

Al analizar el nivel educativo de los hogares estratos 1 y 2 caracterizados por salud a su casa del Hospital Centro Oriente en los dos micro territorios⁸⁶, el 5% de la población refirió ser analfabetas y un 10% no contestó esta pregunta, aspecto que se relaciona con la falta de oportunidades laborales dignas, fomentando inequidades que se ven reflejadas en su calidad de vida, así el 28% estaba desempleado al momento de la caracterización y el 19% no tenía ninguna ocupación, además se encuentra que parte de la población del territorio se dedica a las labores no informales entre ellas; venta ambulante, talleres de mecánica, reciclaje, trabajo sexual, preparación de alimentos, fabricación de textiles por parte de ecuatorianos que habitan en los territorios sociales 1 y 2, barrios como: El Llistón, Samper Mendoza y Santa Fe.

Las dificultades con el empleo se relacionan con el nivel de escolaridad de las personas jóvenes y adultos quienes en su mayoría presentan secundaria incompleta. (Gráfica15). Aunado a la falta de oportunidades para ingresar a la educación formal o hacer parte de los procesos de capacitación que brindan diferentes instituciones. Con frecuencia no cumplen con los perfiles requeridos por las empresas comerciales, hoteleras y financiera que se encuentran en el territorio.

Esto ocurre porque sólo el 30% de la población adulta de esta localidad ha recibido algún tipo de formación técnica, tecnológica o profesional. La gráfica siguiente muestra el nivel educativo alcanzado por los adultos de esta localidad.

Gráfica 15. Escolaridad de los adultos y adultas de la localidad Los Mártires. Bogotá D.C. 2005.



Fuente: Censo DANE 2005

86 Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Informe Salud a su casa 2008.

Toda esta dinámica en torno a la necesidad de mejorar las condiciones y expectativas de su grupo familiar a partir del sostenimiento económico afecta directamente a los adultos y las adultas; que se refleja en depresión, reportada en el 80% de los diagnósticos a adultos que asisten a los servicios de salud, entregados por consulta externa del Hospital Centro Oriente, posiblemente por las dificultades en el cumplimiento de las obligaciones económicas, las deficiencias en las habilidades sociales, los estilos de comunicación, expresión de sentimientos, defensa de los derechos, los tipos de trabajo como la informalidad que ocasiona dificultades en el aseguramiento de salud y demás necesidades.⁸⁷

Las problemáticas anteriormente mencionadas conllevan al trabajo infantil y trabajo protegido en los jóvenes menores de 18 años; ocasionando deserción escolar por el cambio de rol, al asumir responsabilidades que no corresponden a su edad, situación que permanece a lo largo de la vida y repercute en las personas mayores que no cuentan con una estabilidad económica que les permita vivir dignamente, quienes en este territorio no tienen la oportunidad para participar en programas de capacitación y actualización para desempeñarse en el mundo laboral.

Situación que se torna compleja dado que el subsidio otorgado por la Secretaría de Integración Social a algunos de los niños y jóvenes menores de 18 años trabajadores, apenas alcanza para asumir algunos de los gastos como el alquiler de la habitación, viéndose obligados a algunos de ellos a conseguir a través de la limosna el pago de la alimentación, el gasto en salud, y pasajes para transportarse.

Dentro de las problemáticas relacionadas y que padecen diariamente las personas que trabajan en ventas ambulantes en el territorio, se encuentra; ingresos por debajo del salario mínimo, enfrentamientos con la policía debido al inadecuado uso del espacio público, dificultad en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSS), la no inscripción a riegos profesionales ni a pensiones y exposición de esta población a todo tipo de inseguridad, lo que lleva a la pérdida de los derechos laborales de los trabajadores, y problemas económicos. También se encontró que la modalidad de remuneración por destajo y sin contrato es la constante; siendo el género femenino el que presenta en gran proporción esta modalidad; fluctuando el sueldo entre uno y dos salarios mínimos, evidenciando una brecha significativa en cuanto a oportunidades. De los vendedores informales caracterizados por ámbito laboral el 83.7% tiene a su cargo de 3 a 5 personas. Dicha situación devela la vulnerabilidad económica de 520 familias que dependen de los ingresos percibidos en el ejercicio de la venta informal en esta localidad.⁸⁸

Otra de las dificultades que giran en torno a los ingresos de las familias y entre las que se destaca el desempleo y bajo ingreso económico está relacionada con el acceso de los alimentos el cual es determinado por el poder adquisitivo de los hogares y las familias. Los bajos ingresos y el precio de los alimentos constituyen un factor decisivo para el acceso a los alimentos en estas condiciones el acceso a los alimentos se restringe pues los hogares se ven obligados a disminuir el gasto y sacrificar el consumo de algunos alimentos. Del total de hogares de la localidad, el 12.7% debido a su situación económica no consumen una de las tres comidas diarias, lo que produce malnutrición. El resultado de esta vulnerabilidad para acceder a los alimentos arroja un saldo negativo en los hogares más pobres en donde la inseguridad alimentaria y nutricional es una condición crónica y no una situación transitoria, teniendo en cuenta que el acceso y consumo es limitado por la poca capacidad de compra, generando hábitos alimentarios no adecuados en las familias.⁸⁹

87 Hospital Centro Oriente. *Gestión local. [Documento en CD ROM] Diagnóstico etapa ciclo vital adulto 2008*

88 Hospital Centro Oriente. *Gestión local. [Documento en CD ROM] Diagnostico Ámbito Laboral.2010*

89 Hospital Centro Oriente. *Gestión local. [Documento en CD ROM] Documento Transversalidad de seguridad Alimentaria y Nutricional. 2010*

Restricciones individuales culturales y de oferta para el disfrute del ocio recreativo en las(os) jóvenes en el territorio social 1

Dentro de la etapa juventud del ciclo vital encontramos la falta de programas, así como espacios propicios y adecuados a los intereses de los y las jóvenes de la localidad. Es para todos conocido que, a través del tiempo, han ido incursionando nuevas prácticas e intereses que agrupan y construyen la identidad de los y las jóvenes. Dentro del equipamiento de los parques y espacios existentes para la recreación, práctica de la actividad física y el deporte, no se encuentran disponibles aquellos que obedecen a estas nuevas prácticas. Esto implica una reconsideración en la construcción, distribución y equipamiento de los parques y escenarios dispuestos para la práctica de todas las formas de actividad física en la localidad.

De 21 organizaciones o grupos juveniles identificados en la localidad de los Mártires el 38% desarrolla actividades culturales, ya sea desde las artes escénicas, los audiovisuales (Cine), la música (rap y otros géneros), la pintura y el grafiti, la danza, la literatura. El 27% son Juntas de Acción Comunal que tienen la participación de jóvenes en su equipo de trabajo. El 11% son fundaciones que desarrollan una labor social que involucra poblaciones jóvenes y además tienen jóvenes vinculados a sus equipos de trabajo. El 8% son organizaciones o grupos de jóvenes con enfoque político, el 4% se trabajan desde una perspectiva política y del arte-cultura, el 8% además de promover las expresiones artísticas-culturales suman a ello la reflexión por el cuidado del medio ambiente, el 4% se dedica exclusivamente al medio ambiente. Todas tienen una mirada de reflexión social sobre su territorio y esperan desde sus acciones mejorar la convivencia y las condiciones de vida, las propias y de sus vecinos en los territorios; un número importante promueven la perspectiva del respeto a los derechos humanos.

La organizaciones o grupos de jóvenes con carácter político han participado de procesos locales, por ejemplo, las elecciones de consejo juvenil, la construcción de los planes de desarrollo local, o asisten o asistieron en algún momento a alguna JAC o espacio de concertación y construcción política institucional como los encuentros ciudadanos.⁹⁰

3.1.1.5 Núcleo Problemático 5

Barreras administrativas y físicas de acceso en los servicios de salud para las personas que habitan en los territorios 1 y 2, lo cual puede incidir en la presencia de eventos de salud prevenibles en todas las etapas de ciclo vital, vulnerando el derecho a la salud.

Durante el año 2008 en grupos focales con usuarios, dirigidos por el área de participación social del Hospital Centro Oriente, se expresó por parte de los asistentes barreras de acceso entre lo ofertado localmente (distancias geográficas, problemas de aseguramiento, no cumplimiento de las filas preferenciales, no información a tiempo) y se observó el desconocimiento de la población en relación a los derechos y deberes en Salud.

Estas situaciones generan en la población desconocimiento de los riesgos en su salud, presentándose embarazos a edades tempranas y de alto riesgo; de los datos de vigilancia en salud pública del Hospital Centro Oriente, en el grupo de 10-14 años se presentaron 5 embarazos en el año 2008 y según SASC del Hospital Centro Oriente el 21% de las gestantes atendidas por el programa son diagnosticadas como de alto riesgo. En el 2009 se presentaron 2 casos de gestantes con VIH, dos de ellas en el Barrio Santa fe y una en La Favorita.

90 Ámbito comunitario organizaciones juveniles hco 2009

En los y las jóvenes de la localidad de Mártires se marca un aumento de la fecundidad debido a una actividad sexual temprana y un bajo uso de anticonceptivos incidiendo en una mayor probabilidad y vulnerabilidad a ITS VIH/SIDA, en consecuencia hay una pérdida del proyecto de vida asumiendo roles de adultos a edades tempranas.

En el primer trimestre del 2009 se reporta por parte del ámbito IPS SSR que en la localidad de Mártires se presentaron cuatro casos de adolescentes en embarazo en edades de 10 a 14 años y 67 casos en jóvenes de 15 a 19 años, en el segundo trimestre de este año, la tasa de embarazos en adolescentes a nivel local aumento considerablemente pues en las jóvenes de 10 a 14 años se reportaron 7 casos y en las jóvenes de 15 a 19 se reportaron 133 casos. Este aumento es significativo a nivel local ya que los proyectos de vida de estas jóvenes se han articulado con roles de adultos.

En Salud Materna: Durante el año 2008 el acceso de las gestantes es del 90%, con un promedio de 5 o más visitas en un 15.8% de los casos. El cuidado prenatal por médico o enfermera es del 100% para las gestantes que asisten a los controles prenatales. Se logró determinar que durante el año 2008 se presentaron 5 gestantes del régimen vinculado y 1 gestante de EPSS, las cuales se encontraban en edades comprendidas entre los 10-14 años. De 15 a 19 años se identificaron 80 gestantes del régimen vinculado y 82 gestantes del régimen subsidiado.

Sin embargo, en cuanto a mortalidad materna se presentó 1 caso, y según lo establecido en el análisis de caso, las principales causas están relacionadas con la calidad de la atención y el sistema de referencia. En cuanto a la mortalidad perinatal, se presentaron 12 casos según la tasa de mortalidad por cien nacidos vivos de 8.1.

En VIH-SIDA: hay conocimiento sobre el VIH, y con respecto a las prácticas seguras para evitar el SIDA, esto se corrobora con el uso del condón en un total del 25.4% en usuarios inscritos a las sedes asistenciales por primera vez. Con respecto a la realización de la prueba para el diagnóstico del VIH, 909 personas han tenido acceso a la consulta específica de consejería en VIH pre test y 223 personas han tenido consulta específica de consejería en VIH pos test.

En Regulación de la Fecundidad: en el Hospital Centro Oriente las mujeres utilizan el DIU en un 5.5%, el hormonal subdérmico 1.2%, hormonal inyectable 16%, oral 41.6% y el condón masculino 25.4% entre hombres y mujeres según el número de usuarios nuevos al servicio. Se evidencio que las mujeres utilizan en el DIU en un 32.7%, el hormonal subdérmico 0.8%, hormonal inyectable 16.5%, oral 32% y el condón masculino 6.7% entre hombres y mujeres.

En Cáncer de Cuello Uterino: son alentadoras las cifras reportadas en citología de cuello uterino en la ESE, se realizaron 286 citologías a jóvenes en edades de 10 a 26 años, durante el año 2008 en la UPZ Santafé se registraron 32 positivas de las cuales se entregaron 28 y 254 negativas de las cuales se entregaron 174.

MÁRTIRES: 10 -14 años: 10 gestantes
15 -19 años: 184 gestantes

| ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CENTRO ORIENTE POR REGIMEN DE AFILIACION EN LA LOCALIDAD MARTIRES DURANTE EL 2009 | | | | |
|---|---------------|-----------|------------|------------|
| TRIMESTRE | GRUPO DE EDAD | VINCULADO | SUBSIDIADO | PARTICULAR |
| PRIMER TRIMESTRE | 10 A 14 | 2 | 2 | 0 |
| | 15 A19 | 36 | 10 | 0 |
| SEGUNDO TRIMESTRE | 10 A 14 | 2 | 1 | 0 |
| | 15 A19 | 27 | 15 | 0 |
| TERCERO TRIMESTRE | 10 A 14 | 1 | 1 | 0 |
| | 15 A19 | 40 | 17 | 0 |
| CUARTO TRIMESTRE | 10 A 14 | 1 | 0 | 0 |
| | 15 A19 | 25 | 14 | 0 |
| TOTAL | 10 A 14 | 6 | 4 | 0 |
| | 15 AÑOS 19 | 128 | 56 | 0 |

⁹¹Para el análisis del perfil epidemiológico en la localidad de Mártires se tomaron los datos del RIPS de consulta de las IPS Samper mendosa, Ricaurte, Fayeth y unidad móvil.

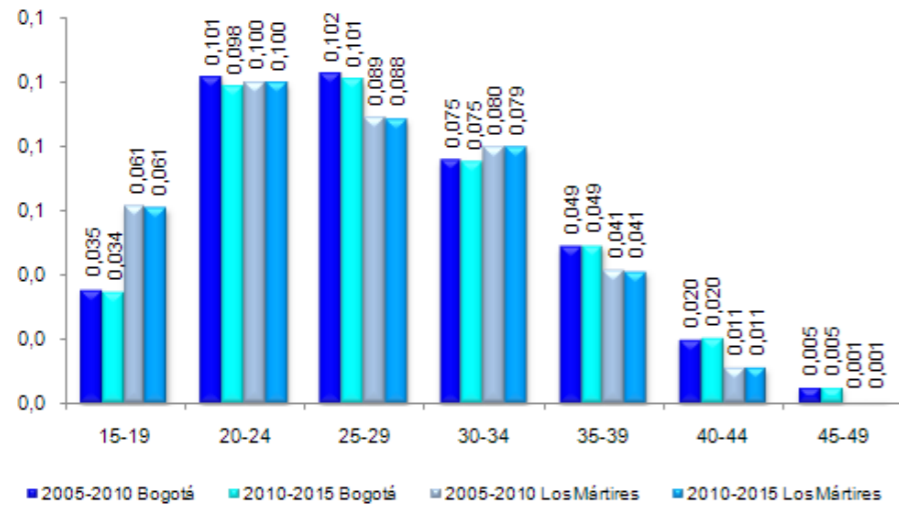
FECUNDIDAD

Los Mártires presentan una cúspide concentrada en las mujeres de 20 a 24 años, lo cual ubica a la localidad en una etapa de la transición demográfica incipiente, con un calendario de fecundidad aún joven. La variación entre el quinquenio 2005-2010 y 2010-2015 no es muy significativa, se espera que la fecundidad no cambie mucho entre los dos quinquenios.

Tasa 24. Tasas específicas de fecundidad y su distribución relativa, por grupos de edad. Bogotá D.C, 2005 – 2015

| Años | Área | TGF | Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad | | | | | | |
|---|--------------|------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 |
| 2005-2010 | Bogotá | 1,93 | 0,0352 | 0,1011 | 0,1024 | 0,0754 | 0,0485 | 0,0195 | 0,0046 |
| 2010-2015 | Bogotá | 1,91 | 0,0342 | 0,0983 | 0,1006 | 0,0750 | 0,0489 | 0,0200 | 0,0049 |
| 2005-2010 | Los Mártires | 1,91 | 0,0610 | 0,0997 | 0,0885 | 0,0796 | 0,0411 | 0,0109 | 0,0006 |
| 2010-2015 | Los Mártires | 1,90 | 0,0608 | 0,0996 | 0,0883 | 0,0794 | 0,0409 | 0,0109 | 0,0006 |
| Distribución relativa de las tasas específicas de fecundidad por edad | | | | | | | | | |
| 2005-2010 | Bogotá | 100 | 9,10 | 26,14 | 26,48 | 19,50 | 12,54 | 5,04 | 1,19 |
| 2010-2015 | Bogotá | 100 | 8,96 | 25,74 | 26,34 | 19,64 | 12,80 | 5,24 | 1,28 |
| 2005-2010 | Los Mártires | 100 | 15,99 | 26,14 | 23,20 | 20,87 | 10,78 | 2,86 | 0,16 |
| 2010-2015 | Los Mártires | 100 | 15,98 | 26,18 | 23,21 | 20,87 | 10,75 | 2,86 | 0,16 |

Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades y UPZ 2006 - 2015



Fuente: DANE - SDP, Proyecciones de Población por localidades y UPZ 2006 - 2015

Tabla 25. Distribución por edad y sexo de la consulta odontológica de ciclo vital juventud, Bogotá D.C, 2009

| EDAD | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | % |
|------------|----------|-----------|-------|-----|
| 10-14 años | 221 | 185 | 406 | 6,5 |
| 15-18 años | 269 | 126 | 395 | 6,3 |
| 19-26 años | 81 | 43 | 124 | 2,0 |

De 6274 consultas realizadas en las IPS de la localidad de mártires, el 6.3% corresponde a la población de 15 a 18 años y el 2,% corresponde a la población de 19 a 26 años . Esto significa que la demanda por los servicios odontológicos por parte de los jóvenes es muy baja con respecto de las demás etapas de ciclo vital.

Porcentaje de mujeres de la consulta de primera vez de ciclo vital juventud

IPS HCO LOCALIDAD DE MÁRTIRES 2009

| EDAD | HOMBRES | MUJERES | TOTAL | % MUJERES |
|------------|---------|---------|-------|-----------|
| 15-18 años | 126 | 269 | 395 | 31,9 |
| 19-26 años | 43 | 81 | 124 | 34,7 |
| TOTAL | 169 | 350 | 519 | 32,6 |

De las 519 consultas realizadas por los jóvenes se aprecia que el 32.6% corresponde a las mujeres. El 68% corresponde a hombres. Significa que los hombres jóvenes solicitaron en su mayoría consulta odontológica.

Tasa 26. Morbilidad oral en juventud, localidad de Mártires, Bogotá D.C, 2009

| PATOLOGIA | EDAD | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | % |
|----------------------|------------|----------|-----------|-------|-------|
| CARIES | 15-18 años | 42 | 38 | 80 | 36,20 |
| | 19-26 años | 91 | 25 | 116 | 52,49 |
| GINGIVITS | 15-18 años | 2 | 2 | 4 | 1,81 |
| | 19-26 años | 4 | | 4 | 1,81 |
| RAIZ DENTAL RETENIDA | 15-18 años | 3 | 1 | 4 | 1,81 |
| | 19-26 años | 3 | 1 | 4 | 1,81 |
| PULPITIS | 15-18 años | 2 | 3 | 5 | 2,26 |
| | 19-26 años | 2 | 2 | 4 | 1,81 |

Fuente: RIPS de consulta

En el análisis del comportamiento general de las patologías, se evidencia que las enfermedades de los tejidos duros como la caries ocupan el 52%, las enfermedades de la pulpa el 2.26% y los restos dentarios retenidos el 1.8 %. Del total de casos reportados de caries (196) el 78 % se presentó en mujeres y 22 % en hombres. Significa que las mujeres presentan el mayor número de casos de caries. Las mujeres consultaron en minoría en relación a los hombres, lo que permite apreciar que son más vulnerables que los hombres a padecer este tipo de patologías.

La caries según el comportamiento de las patologías durante los años 1993-1998 representaba el 50.3% dentro del total de casos en el género masculino entre las edades de 15 a 44 años y el 37.8% en el género femenino. El comportamiento de caries observado para el 2009 en esta localidad deja ver que al contrario de lo encontrado en los estudios de la SDS, el género femenino presenta el mayor número de casos de caries.

El alto porcentaje de caries en esta localidad, para el ciclo vital juventud y en especial en las mujeres, refleja que esta patología posible de disminuir con actividades promocionales y preventivas continua siendo evidente.

En cuanto a casos de transmisión vertical madre-hijo en el hospital Centro Oriente se tiene el reporte de un caso que está en análisis confirmatorio, en cuanto a mortalidad materna se presentó un caso en el 2008, cuyas causas están relacionadas con la calidad de la atención y el sistema de referencia.

A pesar de la oferta institucional de programas y proyectos, los horarios no son flexibles para incrementar el acceso a los servicios, es importante señalar que en el momento de buscar el usuario el servicio médico, entra en consideración además de la necesidad, el tiempo disponible, la capacidad adquisitiva de la persona frente al costo monetario de las cuotas moderadoras y la creencia de que el médico siempre formula lo mismo, o que los medicamentos nunca se encuentran en las farmacias del hospital conllevando en algunos caso a la automedicación, y acudiendo tardíamente con enfermedades de más difícil manejo y costoso tratamiento.

Datos de consulta externa del hospital Centro Oriente, indican que las enfermedades más relevantes en la etapa del ciclo de adultez son: la hipertensión y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), en donde el 10% del total de casos de hipertensión en el 2007, correspondieron a adultos entre los 27 y 59 años.

El 8% de la consulta a junio de 2009 en el hospital Centro Oriente correspondió a enfermedades crónicas y el 28% de las personas atendidas de esta localidad son adultos. Se trata de enfermedades prevenibles y no transmisibles, posibles de evitar promoviendo hábitos de vida saludable: actividad física, consumo de frutas y verduras y ambientes libres de humo. Aunque la principal causa de mortalidad es la violencia, se encontró que el (7.7%) de personas entre los 15 y 44 años y el (5.4%) entre los 45 y 59 años, se asocian a enfermedades por VIH – SIDA.⁹²

En los encuentros de calidad de vida y salud realizados con las personas mayores, en el 2007 y 2008 expresaron problemáticas como: la baja oportunidad en la asignación de la cita médica,⁹³ ausencia de fila prioritaria en la mayoría de los centros de atención en salud y demás instituciones locales a excepción del centro asistencial la Fayette, Samper Mendoza y Perseverancia del Hospital Centro Oriente. En cuanto a las barreras geográficas y físicas de acceso, en lo manifestado por las personas en condición de discapacidad y personas mayores se encuentran que están relacionadas con la falta de infraestructura de las IPS que les permita acceder fácilmente a los servicios, debido a la limitación en el desplazamiento, aunque existe y conocen la ruta saludable la consideran como insuficiente debido a que solo hay una para las tres localidades (Mártires, Santa Fe y la Candelaria) y deben brindar el servicio no solo a las personas mayores y en condición de discapacidad, sino también a los niños, niñas menores de 5 años, gestantes y lactantes.

Los programas de nutrición, rehabilitación y salud oral considerados dentro de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son limitados, por no decir ausentes en cuanto a salud oral (prótesis totales y parciales); en cuando a la entrega de los medicamentos prescritos por el médico manifiestan entrega incompleta e inoportuna en las farmacias de las sedes asistenciales, la no inclusión en el POSS de algunos de ellos, situaciones también presentadas por el desconocimiento y falta de apropiación de los derechos y deberes no solo por esta población sino por el ciclo vital social.

Por otra parte, la Población de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas (LGBT) en la localidad de Mártires, ha señalado, a través de las fundaciones que trabajan por sus derechos (fundación Procrear, Corporación Opción), y en los espacios de discusión locales, que el acceso a los servicios de las diferentes instituciones así como la calidad y pertinencia de estos es precaria para la población lo que se constituye en una vulneración continua de sus derechos.

Al respecto de las limitaciones de la población L.G.B.T cuanto al acceso a servicios institucionales, se han señalado los siguientes ejemplos: los exámenes ginecológicos para mujeres lesbianas no se encuentran adecuados a las particularidades de su vida sexual y en ocasiones se encuentran con tratos discriminatorios por parte del personal médico. El derecho a la salud de las personas transgeneristas es vulnerado, no hay una atención adecuada a sus derechos y necesidades pues no existen protocolos médicos al respecto, ni el plan obligatorio de salud cubre tratamientos de tipo hormonal o quirúrgico para esta población. No hay acciones dirigidas a la prevención de riesgos prevalentes en la salud de las personas transgeneristas derivadas de sus procesos de hominización y cambios corporales. No se halla incluida la variable poblacional L.G.B.T. en las rutas ya existentes en salud (SSR, Salud Mental, Violencia y Maltrato) para así tener el aporte desde el enfoque de identidades de género y orientaciones sexuales.⁹⁴

Para garantizar el acceso universal del sistema de seguridad social en salud y la gestión del aseguramiento (riesgo en salud, prestación de servicios, garantía y calidad) y financiamiento con enfoque diferencial y según la realidad de la localidad, el Hospital cuenta con una población afiliada que ha venido en aumento, se destaca que en la localidad de las personas en régimen subsidiado, el mayor porcentaje corresponde a población en condición de desplazamiento e indígenas. Dentro de las barreras de acceso para estas poblaciones anteriormente mencionadas están: El modelo de acceso al servicio de salud, las precarias condiciones económicas se constituyen en el principal

⁹² Hospital Centro Oriente. Área de Sistemas. Estadística. Causa de Morbilidad. RIPS 2004-2007.

⁹³ Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Diagnostico vejez 2008.

⁹⁴ Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Documento situación de salud de las personas L.G.B.T. localidad de Mártires 2010.

factor que desde los usuarios en condición de desplazamiento, restringen el acceso potencial y real a las Empresas Sociales del Estados (ESE); situación que es más compleja en la personas que no han logrado su afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud o que se encuentran afiliadas en su lugar de origen. El desconocimiento de los cambios y los alcances de la política de atención, en la gran mayoría de población en condición de desplazamiento, refleja las fallas existentes en su divulgación, así como la necesidad de formular estrategias que posibiliten la reivindicación, del ejercicio ciudadano en este colectivo.

En el caso de los grupos étnicos indígenas se presentan barreras asociadas al desconocimiento del dialecto o del idioma español en usuarios y funcionarios, no hay estrategias comunicativas, para dar cumplimiento a procesos adecuados y responsables en cada etapa de la ruta de atención. Lo anterior, guarda relación con lo manifestado en el informe Distrital sobre barreras de acceso, especialmente en atributos de calidad como accesibilidad y oportunidad. El porcentaje mayor de ciudadanos en régimen subsidiados y desplazados. Los Mártires es la sexta localidad entre las localidades Distritales que presenta estas barreras de acceso por aseguramiento.

Respecto a información obtenida en aplicativo de sistema de información de barreras de acceso (SIDBA)⁹⁵ se evidencian barreras de acceso por la dificultad en la prestación de servicios POS-S, No POS-S, debido a inconsistencia en bases de datos, por inadecuada referencia y contrarreferencia, también por casos de pacientes que aparecen con servicios contratados en lugares retirados de dónde se encuentra, red pública con inoportunidad de servicios por especialistas.

3.1.2 Territorio social 2

Corresponde a la UPZ 37 Santa Isabel, ubicada en el costado sur de la Localidad, tiene una extensión de 200,80 equivalente al 31% del total del suelo de la Localidad; de esta superficie 7,8 corresponden a zonas protegidas y 3,36 son áreas sin urbanizar. Mapa 16.

Mapa 16. Territorio social 2. Localidad Los Mártires, Bogotá D.C, 2008



Fuente: Hospital Centro Oriente. Diagnóstico local 2009. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Este territorio será impactado por el plan centro en cuanto a que sobre el eje vial de la calle 1ª, cra 6ª cra 17, calle 12 cra 17, 18 y 19 se llevará a cabo el proyecto 286 de 2005 denominado "ciudad salud"⁹⁶, dicha propuesta va a fortalecer la cobertura del modelo de atención en salud actualmente desarrollado en el Distrito Capital como un "modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario", el cual además posibilitará la intervención activa de las entidades en los procesos de planeación.

Limita este territorio por el Norte con la Avenida de los Comuneros (Av. Calle 6a), por el Oriente con la Avenida Caracas (Kra 14) por el Sur con la Avenida de la Hortúa (Calle 1a) y la Avenida Fucha (Calle 8a Sur); y por el Occidente con la Avenida Ciudad de Quito (Kra 30 a NQS). La UPZ cuenta con Seis (6) Barrios (Eduardo Santos, el Progreso, el Vergel, santa Isabel, santa Isabel Sur y

96 Tomado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=17818>

Veraguas) en los cuales predomina el estrato tres (3), el origen de estos barrios data de los años veinte, los más cercanos al centro, y de las décadas de los cuarentas y cincuentas los más alejados y que hoy lindan con la Avenida Cra. 30 (NQS); una de las características de las casas que allí se encuentran, se relaciona con la presencia de grandes antejardines que han venido siendo objeto de encerramiento por parte de sus dueños o cuidadores como medida de prevención por los altos niveles de inseguridad depósitos de residuos sólidos y presencia de habitante de calle, quienes con el pasar del tiempo se han venido desplazando a estos lugares de residencia.

3.1.2.1 Núcleo Problemático 6

Entornos físicos y de hábitat insalubres causados por uso incorrecto del espacio público, presencia de habitante de calle, consumo de sustancia psicoactivas, mal manejo de mascotas, inadecuado manejo de residuos sólidos y viviendas en condición de riesgo, generan en los y las habitantes del territorio social dos, especialmente en los barrios Santa Isabel y Eduardo Santos deterioro de la calidad de vida vulnerando el derecho a disfrutar de un ambiente sano.

En este territorio algunos de los habitantes del barrio Santa Isabel y Eduardo Santos se han visto obligados a aumentar sus ingresos con la división de la vivienda en comercial y residencial; conllevando a los problemas de medio ambiente en esta zona entre ellos contaminación auditiva y ambiental, inadecuado manejo de basuras que ha generado la proliferación de plagas y vectores, malas prácticas en el cuidado de las mascotas, deterioro de los parques y mal estado de las vías. Se destaca que en los Colegios Distritales San Francisco de Asís, Eduardo Santos y Menorah; se presentan deficientes condiciones en saneamiento básico y deterioro del medio ambiente.

El 57% de las familias caracterizadas por salud a su casa⁹⁷, presentan riesgo dentro de sus viviendas por la antigüedad y estado de las mismas lo cual las hace propensas a los sismos, un 5% no se encuentran legalizadas, el 16% de las familias caracterizadas refirió fumar dentro de sus viviendas y el 25% conviven con animales. En las capacitaciones por el plan integral de entornos saludables y núcleos de gestión del ámbito comunitario del Hospital Centro Oriente, la comunidad expresa su incertidumbre en cuanto a la presencia de basuras, perros callejeros, lotes baldíos en especial el lote que colinda con la Sede Asistencial La Fayette en el cual han sucedido violaciones, atracos y convertidos en albergue de delincuentes y habitantes de calle, lo cual dificulta el buen uso de los servicios del sector, espacio que debe ser utilizado como lugar de entretenimiento y recreación para las personas que asisten a los clubes de la Secretaria Distrital de Integración Social, ambiente que deteriora urbanísticamente tornándose en ambiente hostil para los grupos poblacionales que habitan este lugar⁹⁸.

Otra problemática existente en el territorio es que debido a la expansión de establecimientos como bares, discotecas, han ido en aumento dinámicas asociadas a estas particularidades como el consumo de sustancia psicoactivas (SPA) por parte de adolescentes y jóvenes.

La presencia constante y creciente de habitante de calle representa una problemática para la comunidad en general, la cual está relacionada con el inadecuado manejo de desechos sólidos en calle, contaminación, delincuencia, deterioro de las condiciones de los barrios, limitación en el uso de parques, entre otros. La creciente presencia de establecimientos, incide en la afluencia cada vez más alta de población habitante de calle, ya que como indica aseó capital, los establecimientos resultan ser los mayores productores de residuos lo que atrae el tema del reciclaje. Otra de las causas de que cada vez sea mayor la presencia de habitante de calle en el territorio, puede estar relacionado con plan centro, lo cual está impulsando una movilización desde la zona centro de la

97 ; Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Informe Salud a su casa 2008

98 Hospital Centro Oriente. Gestión local. [Documento en CD ROM] Plan integral de entornos saludables y núcleos de gestión del ámbito comunitario.2009

ciudad y en particular de las localidades Mártires y Santa Fe, a otros puntos de la ciudad y a los extremos de las mismas localidades. Esto visto como un factor de desplazamiento interno que atomiza problemáticas como la habitabilidad en calle. Por otra parte, la mal llamada “limpieza social” es también un factor movilizador del habitante de calle a otros espacios que representan mayor seguridad y posibilidad de supervivencia por ser algo presente y amenazante.⁹⁹

3.1.2.2 Núcleo Problemático 7

Restricciones individuales, culturales y de oferta para el disfrute del ocio recreativo de los y las habitantes en los territorios sociales 1 y 2, lo cual incide en baja participación, deserción de las actividades y por ende poca práctica de actividad física en la población, aumentando el riesgo a eventos de salud prevenibles

En los dos territorios existe poco espacio para zonas verdes y recreativas que son desarrolladas en los parques de barrio (La Estanzuela, ubicado en la Carrera 19A con Calle 7; La Pepita, ubicado en la Calle 10 entre Carreras 25 a 26, el Ricaurte, ubicado en la Carrera 28 con Calle 9, el parque Oscar ubicado en el Santa fe, el parque Renacimiento ubicado en la calle 26 con cra 22) y en los denominados parques de bolsillo.

La Plaza España y la plazoleta de Los Mártires son sitios de recreación pasiva en la localidad, pero no ofrecen las condiciones de seguridad necesarias ya que en ellos se encuentran un gran número de habitantes de calle y delincuentes.

Los territorios de la Sabana y Santa Isabel cuentan con varios referentes de identidad y un importante número de bienes y valores culturales. Sin embargo, no existe por parte del Estado promoción y protección de ellos ni actividades que permitan a los habitantes de la ciudad y de la localidad, reconocerlos como patrimonio cultural.

Según la transversalidad de actividad física del Hospital Centro Oriente, la mayoría de la población escolar de 5- 12 años no tiene ningún programa de educación física en su colegio.

Las acciones de salud en el ámbito escolar están llegando sólo para algunos de los estudiantes y las acciones no son universales, ni integrales ni con enfoque diferencial, en juventud no se cuenta con equipamientos acordes a las necesidades de este grupo, en adulto se da más fuerte la problemática porque la cantidad de tiempo calificado como de ocio recreativo de los adultos y las adultas es muy reducido, hay poca vinculación con prácticas deportivas y no hay suficientes espacios físicos disponibles ni programas de actividad física específicos y en cuanto a programas recreativos del Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte (IDRD) solo se tienen en cuenta a infancia, juventud y persona mayor intermitentemente por que los programas tampoco son continuos; desconociendo en todo sentido las necesidades y disponibilidad de tiempo de las personas que se encuentran dentro de la etapa adulto en la localidad de los Mártires.

Y en la población especial hay una gran pérdida de oportunidades para recrearse y jugar. No hay espacio en los sitios de habitación, además de ser en muchos casos, ambientes poco saludables, expuestos a roedores y otros vectores; las calles no ofrecen buenas alternativas de seguridad y movilidad, deben trabajar para colaborar con el sustento familiar.

Niños y niñas que permanecen encerrados en cuartos de inquilinato, mientras sus padres gestionan sustento o realizan trámites asociados a su condición de desplazados. Niños y niñas aislados o con comportamientos agresivos, sin mayores posibilidades para comprender y resolver los estados asociados a vivencias de violencia.

⁹⁹ Hospital Centro Oriente. Ámbito Comunitario. [Documento en CD ROM]. Archivo Magnético. Marco situacional habitante de la calle.2010 pag24

Desde el proceso adelantado en gestión social integral y las mesas de calidad de vida y salud en la localidad se concluye que los daños sociales a los que han sido expuestos los ciudadanos y ciudadanas dentro de los dos territorios identificados en la localidad de los Mártires se evidencian en tres aspectos:

El problema de la vivienda, la generación de ingresos y cualificación educativa.

De aquí se deriva la calidad de vida de los habitantes de los dos territorios y por tanto las exposiciones sociales a las que han estado expuestos. Es importante aquí recoger los planteamientos de los subcomités de CLOPS (Consejo Local de Política Social), acerca de los condicionantes que determinan la calidad de vida de los habitantes de la localidad.

El problema de la vivienda está ligado a la situación y cambio del uso del suelo en la localidad y con mayor fuerza en el territorio de Santa Isabel, pues este cambio se ha evidenciado en:

Desplazamiento de los habitantes de la localidad hacia otros sitios de la ciudad

Proliferación de inquilinatos

Aumento de arrendatarios locales en el caso del territorio Santa Isabel, por el desmejoramiento de la economía familiar

Aumento de locales comerciales en las zonas residenciales.

En cuanto a generación de ingresos, la dignificación del trabajo está ligado a una economía que permita que los individuos puedan acceder a ingresos laborales y mejorar su calidad de vida. La localidad de los Mártires y específicamente el territorio La Sabana, tiene una vocación principalmente de microempresa, sin embargo, no toda esta microempresa acoge a la población de la localidad, pero encontramos que en la parte de alimentos variadas redes de pobladores poseen microempresas que en ciertas temporadas del año quedan cesantes frente a la competencia que hay a nivel comercial en la ciudad.

Es necesario analizar la generación de ingresos en relación con los negocios ilegales que pueden existir en la localidad. Para la cualificación educativa, aunque en la localidad existen colegios y cercanía a centros de educación superior y técnicos, el ingreso de los habitantes está muy lejos del ideal que se tiene para una localidad con una historia de intelectualidad y de patrones culturales sólidos en la ciudad. Esto nos remite directamente a considerar como grave la vulneración del derecho a la educación.

En estos territorios la construcción de la autonomía como el ejercicio en relación a las “tensiones de la relación individuo-colectivo enmarcado en los procesos de desarrollo social”¹⁰⁰ toma más fuerza en razón a la existencia de dos tipos de zonas allí: la zona de empobrecimiento creciente y la zona de condiciones favorables, lo que hace que se tengan distintos tipos de pobladores con necesidades e intereses diferentes, esto lleva a que la construcción de una visión de integralidad desde la Gestión Social Integral por parte de las instituciones, pase por el reconocimiento del territorio.

¹⁰⁰ Secretaría Distrital de Salud- Grupo Guillermo Fergusson. La estrategia promocional de Calidad de Vida y Salud, Una Vía hacia la equidad y el derecho a la salud. 2009

4.

4. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA

Las instituciones se enfrentan día a día a grandes barreras, tales como el escepticismo y la apatía de las comunidades, pues unas de las muchas afirmaciones que refieren los mismos cuando se tiene espacios de encuentros de movilización social es que las prácticas utilitarias de los ministerios, gobernaciones, alcaldías e instituciones de carácter público y privado, respecto a la participación durante los últimos cuarenta años del sistema político de democracia representativa han generado una profunda desconfianza ciudadana en relación a las bondades de la misma.

Es muy común encontrar en las comunidades más excluidas un gran nivel de incredulidad y apatía por los procesos de las entidades públicas y privadas, la gente está cansada de promesas incumplidas. Por otra parte, los logros ciudadanos en el ejercicio de la participación como resistencia al margen o enfrentada a las instituciones, generó en algunos actores sociales claves, una cultura de oposición permanente. Es necesario vencer ese gran escepticismo reinante siendo muy consecuentes a la hora de prometer soluciones; jamás se debe prometer lo que no se pueda cumplir.

La tarea social pendiente es aún enorme, la inequidad y la exclusión en el acceso a servicios de salud afecta a un porcentaje considerable de Colombianos, con las consecuencias que ello supone, no sólo en el campo de salud sino también en el campo laboral y económico.

Como respuesta a esta problemática, el Gobierno ha creado el Aseguramiento en Salud a través de la ley 100, para que se garantice el acceso a los servicios de salud siendo un factor determinante. El documento más adelante nos presenta las estadísticas de aseguramiento en salud por localidad, por EPS Subsidiada, por grupo etario, por sexo, por tipo de aseguramiento – subsidio parcial o subsidio total, al igual que el aseguramiento de la población especial.

El Hospital Centro Oriente II Nivel ESE presta servicios de salud de primer y segundo nivel de atención con calidad, bajo un enfoque familiar y comunitario; contribuyendo al alcance del derecho a la salud, mejorando la calidad de vida de la población en especial las más pobres y vulnerables de las localidades de Santa Fe, La Candelaria y Los Mártires.

La estrategia promocional de calidad de vida y salud, se expresa articuladamente en acciones de educación, protección, prevención, restitución y rehabilitación de los derechos, organizando las respuestas de diferentes formas de acción para poder responder a la satisfacción de las necesidades sociales, utilizando las capacidades y recursos disponibles, en función de articular esfuerzos para preservar y desarrollar la autonomía de las personas y colectivos.¹⁰¹, es por ello que se hace necesario profundizar la respuesta social que se ha venido dando en los territorios de gestión social integral en sus componentes Institucionales y comunitarios, siendo un punto central la evaluación de las ofertas que se tienen y su reorientación hacia redes que den respuesta a las necesidades sociales de acuerdo a los principios de universalidad y equidad.

Para la localidad de Los Mártires las problemáticas están en relacionadas con: entornos y relaciones maltratantes, ambientes poco saludables, situaciones de fragilidad social en los habitantes, trabajo sexual, presencia de habitantes de calle, Inseguridad, alta dependencia económica, desempleo y trabajo informal, barreras de acceso administrativas y físicas en los servicios de salud y restricciones individuales, culturales y de oferta para el disfrute del ocio recreativo de los y las habitantes, problemas de infraestructura de vivienda antiguas, desocupadas o que amenazan con ruina y que se han convertido en grandes inquilinatos receptoras de población en condición de desplazamiento para lo cual se han ejecutado diferentes respuestas a nivel institucional y comunitario.

En este capítulo se describen las respuestas desde lo institucional referenciando las acciones asistenciales y las del plan de intervenciones colectivas (PIC) en el Hospital Centro oriente, luego se describen las respuestas transectoriales y las respuestas comunitarias, finalmente se realiza

¹⁰¹ Estrategia de promoción de la calidad de vida. <http://www.SISOV:gob.ve/estudios> visitado el 26 de junio de 2008

la propuesta de intervención según el núcleo problemático desde el Hospital y las propuesta establecida a nivel transectorial y comunitario.

La puesta en marcha de un Modelo de Atención en Salud para la población con menores recursos y en fragilidad social por su condición socioeconómica, implica la adopción a este modelo desde la perspectiva del concepto de la seguridad social integral, complementado con la definición de derechos de los diferentes grupos poblacionales, enfocada a brindar asistencia a la mujer gestante, a las y los adolescentes para su formación y protección integral, a la protección de las personas de la tercera edad y a la protección, rehabilitación e integración social para las personas en condición de discapacidad.

En este contexto el Modelo institucional de intervención se rige por la definición de la seguridad social como un Servicio Público de carácter obligatorio e irrenunciable, la obligatoriedad del Estado de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de los grupos poblacionales más vulnerables.

Actualmente el modelo de atención en salud del Hospital Centro Oriente se caracteriza por estar diseñado para la prestación de servicios a la población de todos los regímenes de salud especialmente para la población subsidiada y vinculada, a través de un paquete integral de beneficios en salud contemplados en la normatividad vigente y otros adicionales definidos por la política de salud pública e intervención Distrital y local, que permitirán en el tiempo la modificación del perfil epidemiológico de la localidad. El paquete integral de servicios se ha estructurado retomando los básicos para incidir en mayor énfasis en aquellos factores de riesgo que afectan en forma significativa a la población de las localidades de influencia, según los perfiles epidemiológicos.

Los Programas de promoción, protección y prevención están orientados a intervenir las patologías prevalentes de la población sujeto a través del análisis del perfil epidemiológico, la identificación y clasificación de los factores de riesgo asociados a las patologías de base y el diseño, ejecución y evaluación periódica de estrategias de intervención concertadas según las condiciones particulares con los diferentes actores del sistema (FFD, EPS-S, Red adscrita, Red no adscrita, Alcaldías locales).

De acuerdo con el análisis de las primeras causas de morbi mortalidad del perfil epidemiológico de la localidad, se identifican los eventos en salud predominantes y las prioridades del impacto que se busca alcanzar desde el orden Nacional, Distrital y local, con el fin de enfocar las estrategias principales de intervención.

Para las actividades de salud de competencia del ente Territorial y demás actores del sistema, se establecen parámetros de contratación particulares articulados a los programas Distritales y locales, focalizando los programas de salud pública necesarios para garantizar la atención integral en salud de la población del área de influencia del Hospital.

4.1 Respuesta Institucional

4.1.1 Sector salud

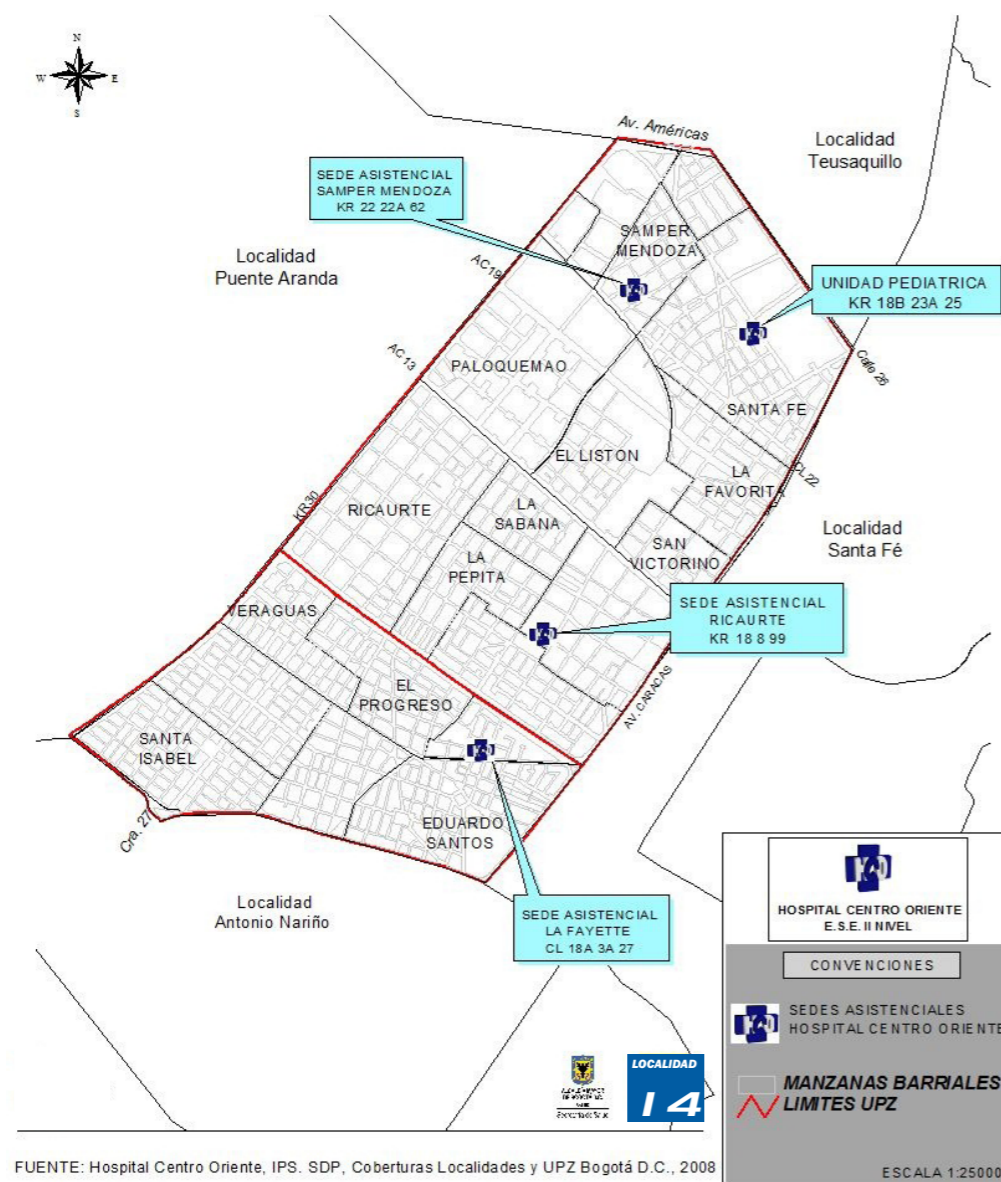
La localidad hace parte de la Red Centro Oriente de prestadores públicos de servicios de salud, integrada por los Hospitales de Rafael Uribe y San Cristóbal (nivel I), San Blas, Sede Asistencial El Guavio del Hospital Centro Oriente (II nivel) y los Hospitales: La Victoria y Santa Clara (III nivel).

El Hospital Centro Oriente II Nivel - Empresa Social del Estado nace jurídicamente el día 6 de octubre de 2000, a raíz de la fusión de los Hospitales – Empresas Sociales del Estado El Guavio II Nivel, Samper Mendoza I Nivel, Perseverancia I Nivel y Unidad Básica de Atención La Candelaria I Nivel, a través del Acuerdo No. 11 del 11 de Julio de 2000, del Consejo Distrital.

La imperiosa necesidad de reorganizar la prestación de los servicios de salud dentro del Distrito Capital, bajo unos principios básicos de competencia leal, complementariedad, eficiencia en el manejo y uso de recursos humanos, físicos y financieros, dieron lugar al proceso de fusión de los hospitales de Bogotá.

De esta forma, el Hospital Centro Oriente II Nivel – Empresa Social del Estado, quedó constituido por 1 unidad Móvil y 12 puntos de atención de los cuales las siguientes sedes asistenciales se localizan en la localidad: Samper Mendoza, ubicada dentro del territorio social 1; La Fayette y Ricaurte que hacen parte del territorio social 2. Mapa 1-Tabla 1

Mapa 17. Sedes asistenciales Hospital Centro Oriente, Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2008



FUENTE: Hospital Centro Oriente, IPS. SDP, Coberturas Localidades y UPZ Bogotá D.C., 2008

Tabla 27. Servicios prestados en las sedes Ricaurte, La Fayette, Samper Mendoza. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C, 2009.

| Servicios | Horario de Atención |
|------------------|-------------------------------------|
| Medicina general | Lunes a Viernes de 7 a.m. a 4 pm |
| Odontología | |
| Enfermería | |
| Vacunación | |
| Medicina general | |

Fuente: Portafolio de servicios HCO.2009

Todos los centros de atención del Hospital Centro Oriente cuentan con servicios de consulta externa médica, odontología, enfermería vacunación. El Hospital, ofrece el servicio de transporte a través de la Ruta Saludable entre los centros de la red de atención centro oriente que no reemplaza el servicio de ambulancia, este servicio tiene como población objeto de traslado las gestantes, los adultos mayores de 60 años, personas en condición de discapacidad, los y las menores de 14 años.

En cuanto a la capacidad instalada, el Hospital Centro Oriente a 2009 contaba con 51 camas disponibles (sin contar con las de observación y urgencias), de las cuales 18 corresponden a medicina interna en las sedes Perseverancia y Samper como se observa en la tabla 2.

Tabla 28. Servicios prestados y capacidad instalada en camas. Hospital Centro Oriente. Bogotá D.C 2009

| INDICADOR | MED. INTERNA | OBSTETRICIA | PEDIATRÍA | OBSERVACIÓN | TOTAL |
|----------------------------|--------------|-------------|-----------|-------------|-------|
| Egresos vinculados | 1135 | 41 | 1840 | 995 | 3016 |
| Egresos subsidiados | 0 | 26 | 11 | 1219 | 37 |
| Egresos contributivos | 0 | 0 | 0 | 179 | 0 |
| Egresos otros | 0 | 0 | 5 | 248 | 5 |
| Egresos Totales | 1135 | 67 | 1856 | 2641 | 3 |
| Números camas disponibles | 18 | 2 | 31 | 11 | 51 |
| Días cama disponible | 6,5 | 730 | 11.3 | 4 | 48,7 |
| Días cama ocupadas | 3,8 | 85 | 9.3 | 2,6 | 13,3 |
| Porcentaje ocupacional | 58,37 | 11,6 | 82,9 | 65,9 | 27,2 |
| Giro cama | 6306 | 33.5 | 59,8 | 240,7 | 59,9 |
| Promedio días estancia | 3,38 | 1,2 | 5 | 1 | 4,3 |
| Total egresos posibles | 1750 | 518 | 2 | 3,6 | 3,8 |
| Núm camas necesarias | 12 | 0 | 29 | 8 | 40 |
| Déficit/superávit de camas | 6 | 2 | 2 | 3 | 11 |

Fuente: Hospital Centro Oriente área de mercadeo 2009

Respecto a la prestación de servicios de obstetricia y egresos hospitalarios de mediana complejidad los costos de producción de estos servicios son elevados comparados con la demanda de servicios y las políticas de trabajo en red que hacen que las remisiones a servicios de mayor complejidad disminuyan la capacidad instalada que se refleja en el porcentaje ocupacional bajo. Los egresos hospitalarios en la E.S.E centro Oriente durante el 2009 fueron: medicina interna (1.135), obstetricia (67) y urgencias (2.641)¹⁰² El Hospital Centro Oriente presta los siguientes servicios como se observa en la siguiente tabla 3.

Tabla 29. Servicios y horario de atención en la ESE Hospital Centro oriente. Bogotá D.C, 2010

| Servicios | Horario de atención | |
|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Atención de Partos | Lunes a Domingo | 24 Horas |
| Enfermería | Lunes a Viernes y Sábados | 7am-4pm y 8 a.m a 12 m |
| Hospital al día | Lunes a Domingo | 24 Horas |
| Laboratorio clínico | Lunes a Viernes | 7am-9:30am |
| Medicina General | Lunes a viernes | 7am-4pm |
| Odontología | Lunes a Viernes y Sábados | 7am-4pm y 8 a.m a 12 m |
| Sala de Observación y Procedimientos | Lunes a Domingo | 24 Horas |
| Terapia de lenguaje | Lunes a Viernes | 7am-4pm |
| Terapia respiratoria | Lunes a Viernes | 7am-4pm |
| Urgencias y Hospitalización | Lunes a Domingo | 24 Horas |
| Vacunación | Lunes a Viernes | 7am-4pm |

Fuente: Subgerencia de servicios de salud –participación social Hospital Centro Oriente ESE. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Análisis y Políticas de la Oferta, 2010

4.1.1.1 Análisis del desarrollo de servicios

El Hospital Centro Oriente ha realizado contratación en el 2009 de servicios por cápita para la población subsidiada con las siguientes EPS-S: Solsalud, Humana Vivir, salud Total, salud Cóndor, Colsubsidio, Caprecom, mientras que con Ecoopsos y Unicajas se da la contratación por evento, es importante señalar que con el Fondo Financiero Distrital el Hospital, contrata la atención de ciudadanos vinculados.¹⁰³

Los servicios ofertados desde promoción y prevención a los usuarios de E.P.S-Subsidiada, Fondo Financiero Distrital y Vinculados son: vacunación con todos los Biológicos PAI, parto de bajo riesgo, planificación familiar (Consulta de primera vez y de control, DIU, hormonas orales inyectables e implantes); los demás servicios están ofrecidos según el objeto contractual con cada EPS-S.

Actualmente el Hospital se está organizando para cumplir con la sentencia T760, que estandariza los servicios en los Planes Obligatorios de Salud POS Contributivo y Subsidiado y asegurar el flujo de recursos correspondiente; para reiterar el derecho a la Salud como fundamental. Para cumplir con el acuerdo 004, el Hospital Centro Oriente organizó la respuesta de servicios para niños y niñas entre 0 y 12 años del tal forma que se garantizan: consulta de pediatría, hospitalización, y hospital día; se pactó evento por negociación.

¹⁰² Hospital Centro Oriente. Área de mercadeo.2009

¹⁰³ Hospital Centro Oriente. Área de Promoción y Prevención.2010

Desde el 2004, el servicio de medicina general presentó un comportamiento fluctuante si se tiene en cuenta el énfasis en las actividades de promoción y prevención por etapa del ciclo vital, una mejora en la oportunidad de asignación de citas (48 horas) el cual se ve reflejado en la disminución de la demanda de consultas por urgencias. Es de anotar que al inicio de la presente administración la oportunidad de consulta médica general estaba en una semana. Se aclara que a partir de 2006 se incluyeron actividades educativas por ley 715 para usuarios de régimen subsidiado. Ver Tabla 4.

Tabla 30. Producción de servicios asistenciales. Hospital Centrooriente. Bogotá D.C, 2009

| SERVICIO | AÑO 2009 |
|-------------------------|----------|
| Medicina general | 69.033 |
| medicina general , Py P | 11.918 |
| Medicina especializada | 10.491 |
| Urgencias adultos | 21.003 |
| Optometría | 2.602 |

Fuente: HCO Consolidación Datos Estadística.2009.

Así mismo, la ESE Centro Oriente ha venido mejorando las condiciones de infraestructura y dotación para dar cumplimiento al sistema único de habilitación en las sedes asistenciales. Un acierto importante en la gestión, corresponde a la implementación de la Política Pública de Salud Oral del Distrito Capital que promueve la conservación de la salud oral en toda población, evitando la presencia de factores que incidan en la presencia de caries y enfermedad periodontal, por lo que se hace un fortalecimiento técnico en las actividades de promoción y prevención con un horizonte de tiempo de mediano plazo en donde el énfasis es el mantenimiento de un grupo de población sano (cohortes de niños y usuarios de régimen subsidiado).

En el año 2009, el mayor número de personas atendidas en odontología se dio en población vinculada, con mayor proporción en actividades de promoción y prevención, seguida de cirugía oral, con un comportamiento similar para los usuarios del régimen subsidiado.

En el servicio de obstetricia, la disminución en la demanda de usuarias y, a su vez, la disminución de oferta de servicios por parte del Hospital está relacionada con el servicio que prestan las Empresas Sociales del Estado de la Red Centro Oriente (San Blas, La Victoria) que compiten en la prestación de los mismos; es de resaltar que las usuarias prefieren asistir por su cuenta al Instituto Materno Infantil, también es importante anotar que desde el punto de vista de los ingresos para la institución en los contratos de vinculados con el Fondo Financiero la tarifa de parto y cesárea son las mismas, lo cual necesita una mirada crítica por cuanto es claro que los costos de producción de los dos servicios son diferentes, siendo mayor en el caso de las cesáreas.

4.1.1.2 Estado de aseguramiento de la población en territorios sociales

Con relación al aseguramiento en la localidad de Mártires, la población afiliada al sistema de seguridad social en salud es de (79.4%) del cual el 76.8% pertenece al Régimen Contributivo y 21% al Subsidiado; sin embargo, es necesario fortalecer acciones de identificación del 20.6% restante de la población que aún se encuentra sin ningún tipo de Aseguramiento.

En cuanto a régimen contributivo no existen datos actualizados en la Localidad, debido a que en la resolución 812 del 2007, no existe el campo de datos de dirección.

La localidad de los Mártires cuenta con un total de 14.886 afiliados al régimen subsidiado como lo muestra la tabla 27, de los cuales 7.655 son mujeres y 7.231 son hombres, el mayor número se

encuentra en las personas de 29 a 57 años con 5624 afiliados y de 0 a 18 años con 5.358, de 19 a 26 años con 2.021, de 60 años y más 1.741 personas y sin información 72. (Tabla 5) Lo anterior evidencia, que la gran mayoría de personas que están en las etapas de juventud y adultez están cubiertos por el régimen subsidiado, seguido de la etapa infancia, presentándose una disminución significativa en la etapa de vejez. Por otra parte, de acuerdo con información de la comunidad, se encuentran ubicados en estratos 1 y 2 o en condiciones especiales (Desplazados, grupos indígenas, desmovilizados, y otros).

Tabla 31. Distribución por género régimen subsidiado. Localidad 14 Los Mártires. Bogotá D.C. 2009

| LOCALIDAD | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|--------------|----------|-----------|--------|
| Los Mártires | 7.655 | 7.231 | 14.886 |

Fuente: DANE. ECV 2007

La población afiliada al régimen subsidiado en la localidad, está compuesta en su gran mayoría por población en condición de desplazamiento (574), seguidos por cabildos indígenas (361) y en tercer lugar Habitantes de Calle (215). El hospital, atiende de acuerdo con los servicios estipulados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, constituyéndose en servicio más incluyente con relación al Plan Obligatorio de Régimen contributivo.¹⁰⁴

4.1.2 Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

La función básica del plan de Intervenciones Colectivas (PIC) es la de contribuir al mejoramiento de las condiciones individuales y colectivas de calidad de vida y salud, de manera integral, diferencial y equitativa con énfasis en la promoción de salud y con la participación activa de todos los actores del Distrito¹⁰⁵.

Desde lo propuesto por el Plan Distrital de salud pública se propone organizar las acciones colectivas desde tres grandes componentes: Gestión local para la promoción de la calidad de vida y salud, operación en ámbitos de vida Cotidiana y Gestión local de la Vigilancia en Salud Pública.

Con el fin de avanzar en éste análisis se partió de la identificación de las situaciones problemáticas en los territorios para posteriormente caracterizar la respuesta dada desde lo institucional y lo comunitario; en el primero de ellos se revisó el plan de intervenciones colectivas (PIC) y las acciones asistenciales, para ello se llevaron a cabo unidades de análisis de respuestas con cada referente de los componentes del Plan de Intervenciones colectivas (PIC), Promoción y Prevención y Subgerencia de servicios, dicho análisis partió de los núcleos problemáticos y temas generadores transversales a las etapas de ciclo vital, donde se evidenciaron las brechas y las propuestas para el PIC 2011, se recalca que las intervenciones desde la ESE Centro Oriente están encaminadas hacia la población de las zonas más vulnerables de la localidad (territorios sociales 1 y 2).

Es importante tener en cuenta que las acciones realizadas por el plan de salud pública de intervenciones colectivas en la localidad se rigen por la resolución 0425 de 2008 y el plan de desarrollo-Bogotá Positiva-2008-2012, dichas acciones pertenecen las acciones en salud al objetivo estratégico "Ciudad de derechos" cuyo propósito es avanzar en la garantía y efectividad de los derechos de ciudadanas y ciudadanos, mejorando la calidad de vida a través del desarrollo de políticas públicas y acciones integrales que permitan la materialización de los derechos fundamentales, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en

¹⁰⁴ Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Aseguramiento. Plan Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado con novedades a 31 de mayo de 2009.

¹⁰⁵ Secretaria Distrital de Salud. Plan De Salud del Distrito Capital 2008-2009. Pág. 77. Bogotá D.C.

los servicios de: salud, educación, nutrición y seguridad alimentaria, cultura, vivienda, ambiente, recreación, justicia, bienestar e inclusión social, con énfasis en las personas más vulnerables y en las minorías.

En el desarrollo de la estrategia promocional de calidad de vida se ha venido avanzando en la aplicación de los componentes de dicha estrategia: Lectura de necesidades y análisis de respuestas sociales en los territorios de gestión social integral lo que ha llevado a identificar las siguientes problemáticas transversales a todas las etapas de ciclo vital y sus respuestas institucionales por dichos territorios.

Partiendo de los núcleos problemáticos se hace referencia al análisis de las respuestas por cada transversalidad, proyecto de autonomía y ámbitos, siendo el resultado de un ejercicio colectivo entre los profesionales del componente y equipo base de gestión local, luego de un trabajo de diseño estructural, metodológico, de acuerdos y consensos en el nivel de análisis básico y profundo, cuyo propósito ha sido el análisis y la articulación institucional e intersectorial, así como, para la localidad de Mártires las respuestas comunitarias, como resultado de la implementación de la ruta de la gestión social integral.

4.1.2.1 Núcleo Problemático 1

Entornos y relaciones maltratantes en el núcleo familiar exponen a los y las habitantes del territorio social 1 en todas las etapas de ciclo vital al deterioro de calidad de vida transgrediendo el derecho a la integridad personal.

Las respuestas dadas desde el Hospital para abordar las violencias en el territorio corresponden a las siguientes acciones desde el PIC:

Componente de Gestión local

Las respuestas desde el Proyecto de Autonomía (PDA) de Salud Mental, buscan afectar positivamente los determinantes que inciden en la salud mental de los y las habitantes de la ciudad, promoviendo a su vez el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas, para generar espacios que conlleven al disfrute de los derechos sociales. Las intervenciones adelantadas desde éste han permitido realizar acciones en todas las etapas de ciclo vital; específicamente, en las etapas infancia y juventud a través del Ámbito Escolar, familiar, comunitario y laboral, en éste último para la prevención de las peores formas de trabajo infantil y explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes y desde ámbito familiar con la intervención plurimodal en las familias.

El trabajo que se realiza desde la Red del buen trato es el de construir un sistema organizado de personas e instituciones, para que desde una participación democrática se compartan y articulen experiencias y conocimientos, que permitan poner a disposición servicios y proyectos, recursos y esfuerzos para prevenir y atender integralmente la violencia intrafamiliar y el maltrato a través de la promoción de relaciones de convivencia democrática en la familia; el cual permite atender el problema de la violencia intrafamiliar, mediante acciones de promoción del buen trato. La transversalidad de género (componente mujer), apoya acciones al interior de la red enfocadas especialmente a prevenir la violencia contra la mujer y posiciona la ley 1257 con el fin de erradicar la violencia de género al interior de la localidad.

Las intervenciones de gestión local del PDA de salud mental y Red de buen trato, han ido logrando posicionar de manera conjunta tanto la promoción de salud mental y el buen trato, como la prevención de eventos que afectan la salud mental de la población¹⁰⁶, este ejercicio

¹⁰⁶ violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil, explotación sexual comercial de niños, niñas

se ha desarrollado tanto a nivel sectorial como intersectorial, proyectándose para el Plan de Intervenciones Colectivas el fortalecimiento en la articulación al interior del PDA de salud mental, así como con otros PDAs, transversalidades y componentes del PIC (gestión local, ámbitos de vida cotidiana y vigilancia en salud pública). El resultado de la articulación anterior, en el marco de la salud mental, se proyecta igualmente con otras acciones desarrolladas a partir del POS y UEL.

Se debe reconocer otro tipo de factores igualmente importantes al determinar la situación de insuficiencia de componentes relacionados con la salud mental en los programas de formación en ciencias de la salud; interés predominante por los marcos biológicos y las terapéuticas farmacológicas, con lo cual los programas de formación de psiquiatría dejan en un lugar marginal los aspectos relacionados con la atención primaria y la psiquiatría comunitaria; finalmente, debilidad casi generalizada de los profesionales del campo de la salud mental para dar cuenta de la efectividad de sus intervenciones, así como desconocimiento del sistema de salud en el que dichas acciones se inscriben.

Desde la transversalidad de género en el componente mujer, se realiza posicionamiento al interior del hospital a través de la socialización y sensibilización de temáticas relacionadas con la violencia contra las mujeres con algunas intervenciones como la red del buen trato, red social materno infantil, el PDA de salud sexual y reproductiva, el PDA de salud mental, entre otras; de igual manera se realiza articulación con otras instituciones como el IDPAC, Comisaría de Familia, ONG, en donde se posicionan temáticas referentes a los derechos del plan de igualdad de oportunidades para mujeres en diferentes escenarios locales.

La Red Social Materno Infantil realiza un fuerte trabajo frente a la promoción de salud de los niños, las niñas y gestantes de la localidad, en el cual se interrelacionan situaciones sociales, ambientales, familiares y culturales; permitiendo dimensionar la infancia y la mujer como núcleos centrales para generar condiciones de vida digna, es así como la política de cero tolerancia con la mortalidad materna e infantil al igual que la política de infancia y adolescencia son el eje fundamental de sus acciones, teniendo como propósito que los niños y las niñas sean reconocidos como sujetos de derecho desde la gestación y a lo largo de su ciclo vital que se sientan queridos, seguros de tener su vida protegida, con las oportunidades materiales y sociales requeridas para su desarrollo.

La Red busca afectar positivamente los determinantes de la salud materna infantil mediante la activación de redes sociales, y desarrollo de procesos de planeación, organización, posicionamiento político y construcción de conocimiento que se enmarcan en el componente de gestión local de la salud para contribuir a la puesta en marcha de la política Distrital de infancia y la política sectorial cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal a través del conjunto de acciones, proyectos e iniciativas participativas transectoriales que conlleven un cambio radical frente a la salud materna e infantil.

Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual (SIVIM)

El Sistema de vigilancia de salud pública tiene una alta responsabilidad en el proceso de búsqueda, identificación, canalización y planteamiento de posibles solución de las problemáticas, en corresponsabilidad con las otras entidades como son la Secretaria de Integración Social, ICBF, Policía Nacional, Personería, Fiscalía, Medicina Legal, entidades informadoras y notificadoras y la comunidad en general.

Durante el año 2009 se realizó un total de 207 intervenciones con respecto a los tipos de violencia manejados por el componente SIVIM (violencia emocional, violencia física, violencia sexual, violencia por negligencia, violencia por abandono y violencia económica), dentro del grupo

y adolescentes, consumo de SPA, conducta suicida, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros.

etario más afectado se encuentran los de 0 a 4 Años, 5 a 9 años y en tercer lugar los de 10 a 15 años de edad. A través de los cuales el barrio con mayor intervención fue Santa Fe con 44 casos (21%), La favorita con 36 casos (17 %), los grupos etarios más afectado fueron la niñez y la adolescencia por su parte el género femenino reporto mayor cantidad de casos con un total de 124 casos.

Con relación a esta situación el mayor problema de vulnerabilidad se encuentra en las etapas del ciclo vital de infancia y juventud, los cuales pertenecen a familias que se encuentran en un amplio nivel de desestructuración, ya que algunas madres ejercen la prostitución, fomentando la explotación sexual comercial desde edades tempranas; los padres presentan alto índice de alcoholismo y también se encuentran familias en condición de desplazamiento. Con relación a esta intervención se puede decir que la respuesta no fue suficiente debido a que el número de profesionales no fue el necesario para cubrir la demanda de notificaciones reportadas por la Unidades primarias generadoras de datos (UPGD) y unidades informadoras para esta localidad. Tampoco se cuenta con transporte que facilite el desplazamiento de los profesionales de forma segura y con un servicio de ocho horas, lo cual impide el rendimiento en el número de visitas para cubrir algunos casos que requieren atención de forma oportuna.

Existe coherencia entre la demanda de la población y la atención que se ofrece en los casos reportados por las UPGD debido a que se cumple con el número de horas requeridas por el lineamiento, se canalizan los casos a las diferentes entidades, se realiza orientación y asesoría psicológica. No hay coherencia entre el paquete ofertado por la unidad de salud mental del Hospital Centro Oriente, debido a que no se tiene una respuesta suficiente a la demanda de los casos que han canalizados a esta unidad. Creándose así una gran brecha por el inconformismo de las Unidades Informadoras al no ver resultados¹⁰⁷.

Ámbitos

Los ámbitos se refieren a las propiedades de los entornos o territorios sociales, espacio donde las personas viven, se desarrollan y se tejen interacciones: espacios productivos (laboral), espacios de vida de los escolares (escuela), espacios públicos (comunitario), institucional (espacio de protección y rehabilitación) e instituciones prestadoras de servicio), entre otros.¹⁰⁸

Ámbito Comunitario

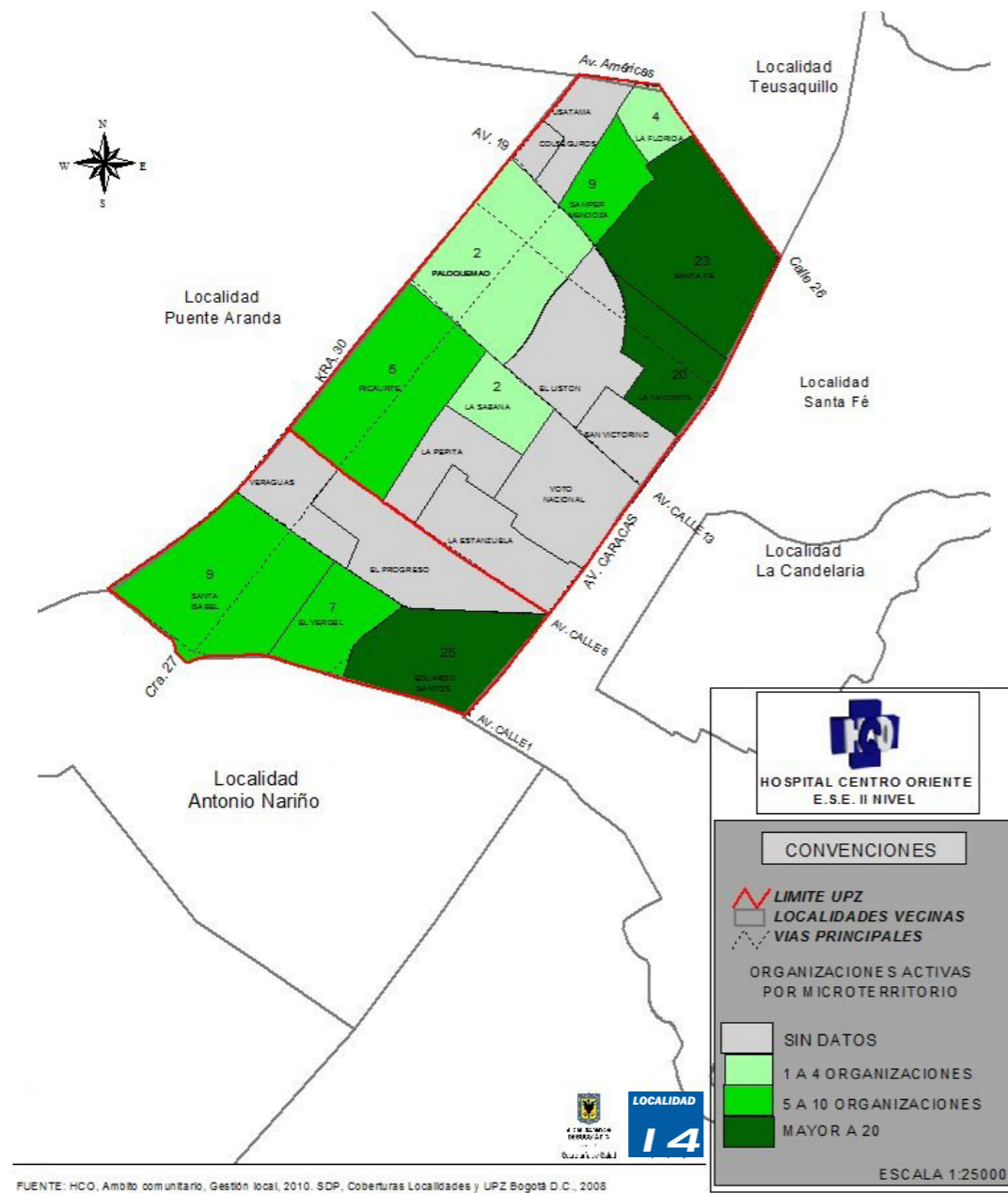
Interviene en los espacios de relaciones conformados en la comunidad (grupos, organizaciones y redes) en la localidad especialmente concentra las organizaciones en el territorio 102 (mapa 2) pretendiendo afectar de forma positiva los determinantes sociales, comportamientos y hábitos que posibiliten una mejor calidad de vida y salud; respetando e incorporando los saberes y las experiencias comunitarias en las acciones.

Considerando lo anterior, el alcance de éste ámbito es el fortalecimiento del tejido social desde la consolidación de grupos y organizaciones sociales y comunitarias, formadas para la participación, la gestión y el control social, incidiendo en la garantía de sus derechos y en los escenarios políticos, mediante el desarrollo de las acciones de los proyectos de autonomía y transversalidades en una perspectiva de ciclo vital y de derechos.

¹⁰⁷ Hospital Centro Oriente. Documento El Proyecto de Autonomía de Salud Mental. Archivo Magnético 2010

¹⁰⁸ Secretaria Distrital de Salud. Plan de intervenciones colectivas-PIC Lineamientos 2009

Mapa 18. Organizaciones intervenidas – ámbito comunitario. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2009



Fuente: Hospital Centro Oriente. Ámbito comunitario. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Para el desarrollo del ámbito comunitario en la localidad de los Mártires en sus dos territorios sociales se han evidenciado acciones que se potencializan en encuentros para el diálogo de saberes y la identificación de organizaciones que se reflejan en la articulación de procesos de organización y construcción colectiva, aunque por el deterioro de las condiciones de vida y salud de los pobladores en la localidad se visualiza poca construcción de un verdadero tejido social que dé cuenta a sus necesidades.

Se ha generado un trabajo en el territorio social 1 UPZ 102, en los barrios; La Favorita, El Listón, Santa Fe y en el territorio social 2, UPZ 37 específicamente en el barrio el Ricaurte, Veraguas, Santa Isabel, Vergel, Eduardo Santos donde se ha realizado un trabajo de identificación de líderes naturales a través de la técnica de cartografía social, que permite promover y facilitar procesos de planeación participativa directa y gestión social integral con la comunidad.

La forma de trabajo ha sido dinámica, puesto que ha permitido tomar conciencia del espacio que se habita, el tiempo que se vive, del entorno ambiental y cultural para construir nuevos conceptos de necesidad, bienestar, responsabilidad y compromiso social y además conocer los intereses, motivaciones, expectativas y potencialidades que cada uno de estos habitantes del barrio con el fin de hacer visible los bajos niveles de arraigo cultural dado por las dinámicas socio culturales que han transformado las condiciones de vida de las personas y los grupos sociales de la localidad.

Se han desarrollado procesos en el territorio 1 y 2 con la intervención de desplazados, etnias, seguridad alimentaria, discapacidad, salud sexual y reproductiva, salud mental, estrategia de atención materna e infantil, medio ambiente, entre otros; en el transcurso del 2008 y 2009, se encontraron personas y procesos que renuevan las miradas desde lo comunitario. Una de estas miradas fue el trabajo con el habitante de calle; un evento que se desarrolla de manera muy “natural” en los Mártires, debido al desplazamiento y reubicación de espacios como “el cartucho” ahora en Mártires con el Bronx, la carrilera y los barrios aledaños que han dado grandes pasos hacia el deterioro urbano en el territorio social 1. Las acciones se han venido visualizando desde el proceso de Gestión Social Integral en la mesa de habitante de calle, prostitución, LGBTI, mesa interlocal étnica y se articuló con acciones ya realizadas con Secretaría de Integración Social, IDIPROM, la unidad móvil de Hospital Centro Oriente, entre otros. Hoy en día, el proceso tiene una gran visión hacia lo Distrital desde acciones como los centros de escucha y el PRA (prevención y rehabilitación de adicciones). Es un proceso sentido, visibilizado y puesto en marcha ahora desde el ámbito comunitario.

Desde el PDA de salud mental en comunitario se llevan a cabo las siguientes acciones en el fortalecimiento de redes en salud mental: se participó en el conversatorio sobre violencias, el cual estaba dirigido a la prevención de las y el abuso sexual, evento realizado en articulación con instituciones y comunidad de los tres territorios sociales de la localidad. Y se está apoyando el proceso de los centros de escucha para los habitantes de calle, donde se busca el reconocimiento de la autonomía así como la restitución de la misma. Además realizando talleres con esta misma población (habitantes de calle), en la medalla milagrosa sector del territorio social 1. Donde se está avanzando con el Centro de Escucha en salud mental y apoyando el proceso de construcción de centro de escucha para mujeres en situación de prostitución y participando en el proceso de narrativas en cuanto a salud mental en la población, teniendo en cuenta la población más frágil visualizada en el territorio social 1 de la localidad de los Mártires, como lo son las etnias, desplazados, LGBT y género, entre otros.

Promoción de la salud mental: se está trabajando en la promoción y la prevención a través de talleres participativos con familias y niños abordando temáticas como: comunicación, autoestima, pautas de crianza, liderazgo positivo entre otras, esto va orientado a población en condiciones de vulnerabilidad. Para promoción de la salud mental. Se está abarcando las etapas de ciclo vital infancia, juventud y adultez en el centro Amar, Centro crecer, dichas charlas se abordan una temática por mes dirigido a niños y a padres enfatizando el mismo tema como eje multiplicador en las familias. Se ejecutaron charlas de prevención de consumo de Sustancias Psicoactivas, además de foros con diferentes organizaciones para prevenir esta problemática. Y se están realizando charlas de prevención del consumo de SPA con personas en condición de prostitución en los barrios de Santa Fe, La Pepita, del territorio social 1.

Desde la intervención de Ciudad Protectora: se realiza un Foro, abordando esta problemática; consumo de Spa, con el fin de fortalecer la salud mental de los sujetos participantes. Se realizó prevención del abuso sexual con padres de familia en el centro crecer, y realización del foro de abuso sexual organizado por la fundación aldeas S.O.S.

Cobertura 2009: el proceso de salud mental en el 2009 se denominó fomento a Redes Promotoras de Salud mental donde se desarrolló una charla sobre sexualidad encaminada a prevenir el abuso sexual. La población corresponde a 70 padres y madres de los niños del centro Crecer, quienes pertenecen a los barrios: Santa Isabel, Estanzuela, Eduardo Santos, la favorita del territorio social 1 y 2. De la población intervenida 47 correspondían a mujeres, y 23 a hombres, padres de dichos niños en situación de discapacidad cognitiva leve. Se apoyó el centro de escucha con dicha población, donde se trabajó con 25 hombres en edades desde los 20 a los 59 años de edad y 10 mujeres desde los 26 hasta los 59 años de edad con alto índice de abandono, se orientó en cuanto a trámites como SISBEN, atención en salud.

La intervención con los niños ha sido efectiva, en términos de suficiencia, y la articulación ha permitido que las intervenciones se lleven a cabo. En el trabajo con la Asociación Cristiana de Jóvenes Hogar y el Hogar Amanecer no ha sido suficiente puesto que falta más apoyo por parte de la institución, sin embargo se busca incidir sobre los procesos comunitarios que permite fortalecer y desarrollar estrategias encaminadas a la promoción de la salud mental. Las acciones han permitido que se promueva la salud mental y se restituya la autonomía de los niños. Se abarca temas específicos que han permitido sensibilizar a la población más vulnerable, es coherente en cuanto a la promoción de la salud mental ya que el consumo de Sustancias Psicoactivas y la violencia intrafamiliar, se visibiliza con los niños intervenidos. Ha sido pertinente la intervención debido a que fortalece las redes sociales para transformar las condiciones de calidad de vida y salud de la población. Sin embargo, falta articulación y compromiso al interior de cada sector ya que se pacta acuerdos y no se cumplen y se desconocen los procesos pactados actualmente. Se requiere mayor articulación y acompañamiento por parte del PDA de salud mental, con el fin de integrar salud mental desde el POS con el fin de fortalecer el accionar de este PDA.

Ámbito instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

El ámbito Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) es un espacio de relaciones sociales creadas entre usuarios, usuarias y prestadores en el que interactúan aseguradores, trabajadores de la salud y población usuaria de servicios con el fin de optimizar el funcionamiento de los mismos, como una forma de ayudar a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud del individuo, la familia, la comunidad.

El propósito del trabajo en las IPS como ámbito es lograr el posicionamiento de procesos, programas, proyectos y estrategias relacionados con la salud pública a nivel de instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública y privada.

Realiza la función de brindar capacitación a funcionarios de las Sedes asistenciales del Hospital Centro oriente, con el objetivo de posicionar la salud mental y además brindar herramientas técnicas relacionadas con eventos de esta línea; con énfasis en las acciones de prevención y la promoción de ésta, se trabajaron varios temas relacionados con la salud mental, pero se le dio bastante énfasis a difundir el "Protocolo de atención a víctimas de abuso sexual y kit para la toma de muestras, en la "Prevención de embarazos en adolescentes" encaminada a reducir la presencia de estos, en este ciclo vital, lo cual es una meta distrital. También se realiza asesoría y asistencia técnica a las unidades asistenciales en los temas de Violencias, ley 1257/2008, sensibilización frente a la prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres ¹⁰⁹.

109 HCO. Ámbitos IPS. Unidad de análisis de respuestas.2010

En el 2009 se capacitaron 624 funcionarios de las IPS privadas y sedes asistenciales del Hospital Centro Oriente. Para el 2010 se ha aumentado el número de espacios donde se hace capacitación y asesoría técnica ya que se han cubierto IPS privadas, Red del Buen Trato, Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE Local), Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM), Nodo Institucional, Proyecto de Desarrollo de la Autonomía (PDA), transversalidades, Reuniones de ciclos, Unidades de Análisis y otros espacios locales; la cobertura no ha sido suficiente debido a que no se permite hacer la socialización de las temáticas de salud mental en las sedes asistenciales del Hospital Centro Oriente durante las reuniones de Unidad Local Gerencial (U.L.G.) en las cuales asisten todos los funcionarios; y para las IPS Privadas por tiempo insuficiente de la referente de Salud Mental IPS como consecuencia de todas las acciones que debe desarrollar no se han podido cubrir todas las IPS de la tres localidad; sin embargo, el componente de salud mental se ha posicionado, es reconocido, se ha logrado aumentar notificación de casos de violencias, embarazos no deseados y otros eventos de salud mental.

Se promocionan los servicios de salud mental abordando problemas de aprendizaje, hiperactividad y otros eventos que no son relevantes en el diagnóstico local; se hace necesario capacitar a todo el personal sobre las temáticas de salud mental a fin de dar una respuesta efectiva, sin embargo, no es posible cumplir con la meta debido a los inconvenientes referidos de tiempos y concertación de espacios, el sistema de información es débil ya que no fluye de manera efectiva al interior del hospital, presentándose desarticulación entre Plan Obligatorio de Salud (POS) y Plan de intervenciones Colectivas (PIC) en la atención de casos de violencia intrafamiliar identificados y ausencia de intervenciones en la problemática del manejo de sustancias psicoactivas.

Ámbito Escolar

Cuenta éste ámbito con acciones como: colegios protectores y activos ante las violencias cuyo objetivo es el de brindar herramientas que permitan construir desde la autogestión de la comunidad educativa, aportes que fortalezcan la protección y solidaridad de niños niñas y adolescentes frente a las violencias que se generan al interior de los colegios como resultado de la inestabilidad de los núcleos familiares, así mismo, se pretende el fortalecimiento de acciones preventivas y promocionales por medio de actividades artísticas y pedagógicas en las instituciones educativas para contrarrestar las violencias que puedan presentarse, por otro lado se genera sensibilización para la identificación y canalización de las diferentes violencias incluyendo la conducta suicida.

Promoción local de la línea 106

Como Red de apoyo para sus pares y multiplicadores de salud mental, en el año 2009 se realizaron acciones de capacitación en temáticas priorizadas desde el inicio de año teniendo en cuenta las necesidades manifestadas por la comunidad educativa y los estudiantes en la cotidianidad de su vida escolar como: conducta Suicida, violencia Intrafamiliar, maltrato y abuso infantil, proyecto de vida, derechos y deberes de las y los niños entre otros a la población del ciclo infancia y juventud de la localidad de Mártires ubicados en las instituciones educativas distritales enmarcadas en la estrategia "Salud al Colegio". Adicional a ello se generaron procesos en torno a Implementación del plan de acción para la promoción de la línea 106 y realización de los procesos de capacitación del grupo promotor al interior y la construcción con los grupos promotores de la línea 106 de estrategias periódicas y masivas de comunicación de la línea 106 priorizando las ideas de los niños y jóvenes.

La intervención es coherente con el trabajo presentado tanto en las instituciones educativas como en el lineamiento requerido por la secretaria de salud ya que se ha podido por medio de las diferentes estrategias lograr las metas propuestas. Es pertinente ya que en las instituciones

educativas se ha dejado de lado la salud mental por lo cual es necesario posicionarla tanto en los estudiantes en docentes. La intervención es insuficiente, ya que la cobertura requerida por los lineamientos es mayor a la del talento humano contratado para su ejecución.

Para la movilización de las rutas de violencias, en el año 2009, se llevó a cabo la visita mensual para capacitar por medio de una acción lúdico-pedagógica (lectura sobre derechos y deberes de los niños y jóvenes e instituciones aliadas en pro del bienestar), realizando colectivamente un psicodrama con una participación colectiva en donde a través del previo conocimiento de las rutas de atención a las violencias se lograrían identificar cuáles derechos y deberes se ven vulnerados y qué realizan las instituciones respectivas cuando existen indicadores de riesgo ello de acuerdo al actor focal de la comunidad educativa.

Estrategias de Afrontamiento ante situaciones que ponen en riesgo la salud mental

En el 2010 inicia la intervención de Estrategias de Afrontamiento, se realiza el plan de acción de cada Institución Educativa Distrital en el que participan los docentes, orientadores y/o directivos que se van a hacer cargo del proceso en cada colegio, se hacen acuerdos con ellos y se indican las características que debían tener los grupos; es decir, que fueran estudiantes que tuvieran un riesgo potencial en su salud mental. Los docentes u orientadores que asumieron la responsabilidad de acompañar la intervención se comprometieron a abrir los espacios y los tiempos para las sesiones de intervención con los grupos y comprendieron la importancia de la corresponsabilidad para facilitar la consecución de los objetivos del proceso.

Se realiza la primera sesión de intervención con todos los grupos y el tema que se trabajó en todas las IED fue la violencia intrafamiliar. Se hizo el balance participativo con cada grupo y con el docente, orientador y/o coordinador responsable en cada IED para evaluar el proceso del primer semestre con resultados positivos en los que se destaca la pertinencia del tema de las intervenciones y la adherencia de los grupos y se recomienda que los docentes a cargo de los grupos en los que se interviene acompañen las sesiones y sean partícipes de las mismas.

Se generan acciones en 13 sedes y jornadas de los colegios de la localidad de Mártires, esta intervención está dirigida para la comunidad educativa sedes y jornadas abordadas, con una cobertura de 166 niños y jóvenes intervenidos en la localidad de Mártires por fortalecimiento de estrategias de afrontamiento ante situaciones que ponen en riesgo la salud mental.

Existe coherencia frente a la realización de acompañamiento en las instituciones según con la meta propuesta desde nivel central., no es pertinente debido a la demanda en cada institución, supera la oferta institucional, es insuficiente en tiempos establecidos para la ejecución de las acciones y la demanda es más que la oferta, se pretende realizar una cobertura total de los colegios distritales pero no se tiene en cuenta el talento humano, tiempos, cobertura.

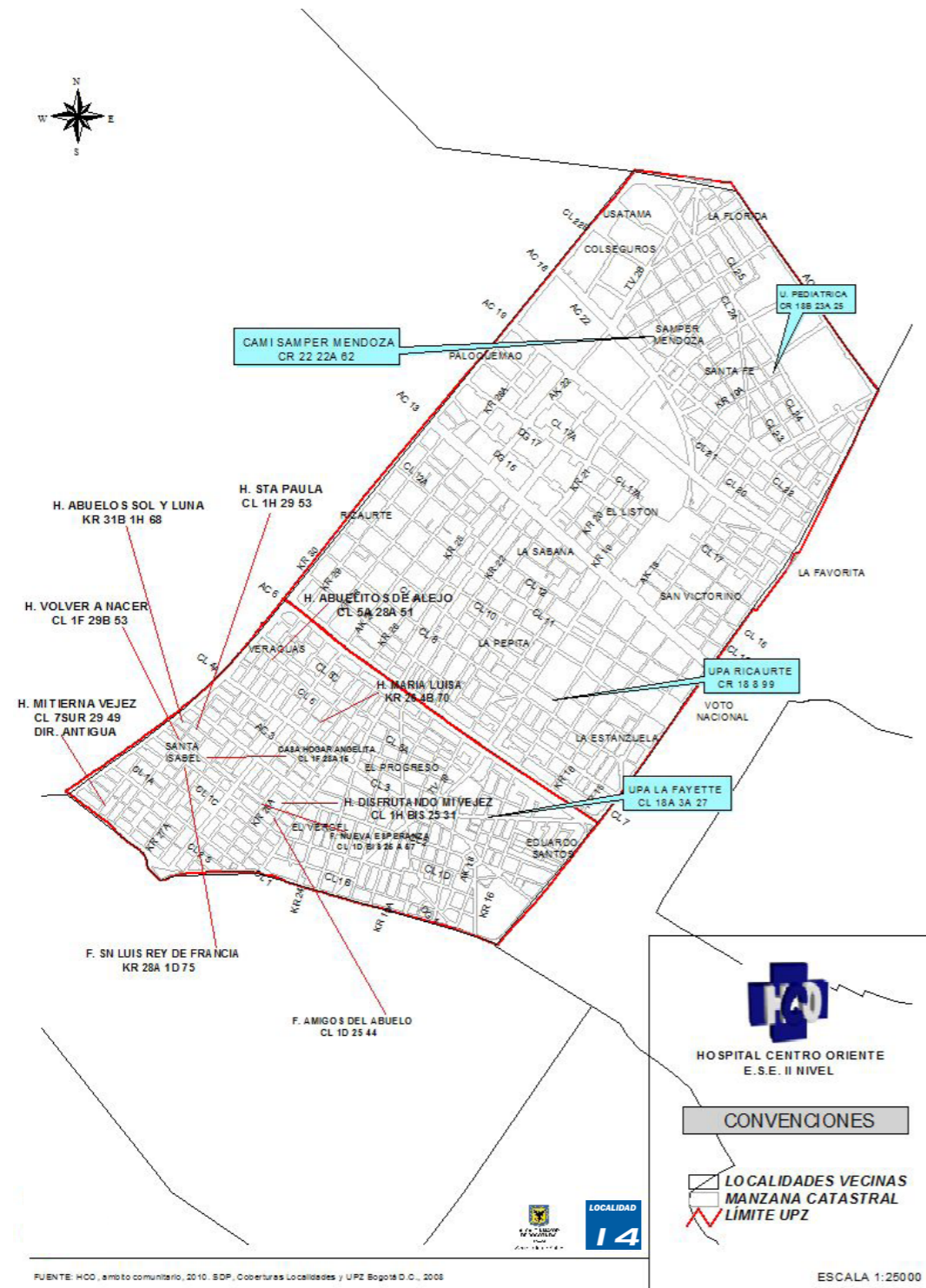
Ámbito Institucional

Es el espacio de vida cotidiana en el cual se encuentra un porcentaje significativo de la población mayor de 60 y más años institucionalizada en condición de vulnerabilidad psicosocial, en hogares Geriátricos y Gerontológicos. Tiene como objetivo Promover la autonomía, reconocimiento y recuperación de los derechos de las personas mayores en condición de institucionalizados propendiendo por el desarrollo humano integral, a través del fortalecimiento a las instituciones que ofertan servicios de salud. En el 2009 se realizaron acciones de asesoría y acompañamiento, enfocadas a fortalecer a las instituciones para personas mayores de manera interdisciplinaria desde: gerontología, enfermería, psicología, nutrición, fisioterapia, odontología e ingeniería ambiental y terapia ocupacional con enfoque en Rehabilitación Basada en Comunidad que dan un enfoque integral a las mismas. Estas acciones se realizaron en 83 instituciones para personas mayores:

Centros día, hogares geriátricos y gerontológico de las localidades: Santa fe, Candelaria, Mártires, Rafael Uribe, San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Antonio Nariño, Tunjuelito, Engativá, Puente Aranda, Usaquén, Kennedy y Suba; siendo las últimas 5 localidades compartidas entre las E.S.E Chapinero y Centro Oriente. A través de ésta caracterización se recogieron datos tales como, número de personas mayores institucionalizadas por localidad, por género, tipo de afiliación a seguridad social, concepto sanitario por instituciones, y perfil de los residentes usuarios de las instituciones, entre otros. Y se realizó proceso de lectura integral de necesidades a través de la metodología de árbol de problemas. Se brindó capacitación a directivos, cuidadores y residentes en temáticas desde los perfiles de gerontología, odontología, psicología, enfermería, ingeniería ambiental y nutrición.

Para la localidad de los Mártires se realizó este proceso en 18 instituciones con 269 personas mayores, en donde más del 80% pertenecen al territorio social 2 UPZ 37 Santa Isabel y el restante pertenecen al territorio social 1 UPZ 102. (Mapa 3)

Mapa 19. Organizaciones adulto mayor intervenidas por ámbito institucional. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2009



FUENTE: Hospital Centro Oriente. Ámbito Institucional. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

Los cambios que se generaron en la población intervenida fueron: Mayor conciencia de funcionarios, cuidadores y directivos de la importancia de incorporar jornadas productivas y de capacitación continua dentro de los hogares que favorecen la calidad de vida de la persona mayor.

Se hace énfasis en la intensidad, frecuencia, efectos y características de las prácticas de las mismas con el fin de obtener efectos benéficos para el entorno de las instituciones dentro del marco del proceso de envejecimiento.

Aporte de herramientas conceptuales, metodológicas y dinámicas para la ejecución de rutinas de auto cuidado y prevención que favorecen el mantenimiento de la condición física y psicosocial de la etapa de ciclo vital persona mayor, con el fin de preservar y potencializar su funcionalidad a través del movimiento,, habilidad y destrezas olvidadas, de nuevos aprendizajes, para un mejor aprovechamiento del tiempo libre y de ocio productivo, actividades que promueven un estado de bienestar para un mejor goce de la vida al interior de las instituciones intervenidas.

Ámbito Familiar

La intervención psicosocial está determinada la Salud Mental como un componente integral y fundamental del desarrollo humano, que favorece en los individuos, familias y comunidades el ejercicio de la libertad con relación a las decisiones que toman en el marco de sus deseos, necesidades que posibilita la participación para hacer de sus realidad una experiencia que les permita proponer una mejor calidad de vida y salud.

Los tiempos asignados para la Intervención Psicosocial, en el año 2009, 8 horas por familia; con cuatro visitas domiciliarias: una de apertura, una de avances, seguimiento y monitoreo y una de evaluación y cierre del caso.

Para la localidad de mártires se intervinieron a 117 casos comprendidos entre eventos que afectan la salud mental (factores económicos dificultades de pareja, duelos no superados, depresión, separación, divorcio y consumo de spa)

En cuanto a Intervención en conducta suicida: se intervinieron 44 casos de los cuales se reportaron 10 casos efectivos. Se identificó un mayor número de casos en el género femenino en el ciclo vital de adolescencia media de igual forma el desencadenante primario es problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, y un desencadenante secundario disfunción de los roles de roles padres-hijos, e inadecuada percepción del riesgo y sus consecuencias. Es decir falta de cuidado de los hijos. Características del tipo de familia, son nucleares, de bajos recursos económicos donde si está la presencia de los dos padres los dos salen a trabajar para suplir las necesidades básicas. Los cuatro casos que se presentaron en esta localidad son de la etapa juventud del ciclo vital con nivel de escolaridad secundaria.

En cuanto a la Intervención Plurimodal, en el Hospital Centro Oriente pretende reducir la incidencia de conductas poco sanas para lo cual dicta talleres que fomentan una sana convivencia educando a los integrantes de la familia, brindando herramientas a los cuidadores posibilitando mejores modelos de crianza y por lo tanto formar niños y/o adolescentes con mayor estabilidad evidente en fuertes autoesquemas y habilidades sociales que unidos integran un adecuado proyecto de vida.

La selección de las familias se basó en su propia percepción de funcionalidad que en los casos fue familias funcionales o con disfunción leve. Teniendo en cuenta los lineamientos se realizó una visita a cada familia en la que se incluyó una entrevista inicial, APGAR familiar y soporte de amigos y familiograma, en esta visita también se les dio a conocer los temas de los talleres que se iban a realizar como: pautas de crianza, manejo conflicto, convivencia de pareja y proyecto de vida.

Con estas familias se adelantaron tres talleres con actividades lúdicas sobre temas que ellos escogieron en la entrevista inicial como: pautas de crianza, proyecto de vida, resolución de conflictos y convivencia en pareja cada uno con subtemas y al final de cada sesión se les entregó unos folletos con información de cada tema. Después de realizar estos talleres, a cada familia se le hizo un cierre según el formato de Secretaría de Salud donde se incluía un informe con lo que aprendieron y que la enseñanza que les quedó la puedan integrar en el desarrollo de sus vidas y en su núcleo familiar.

Todas estas acciones buscaron generar estrategias de afrontamiento a los cambios típicos dentro del desarrollo familiar. Por lo tanto se considera que se tiene incidencia en todos los ciclos vitales familiares de forma indirecta. Los temas escogidos buscan desarrollar una mejor convivencia familiar.

Intervención psicosocial diferencial a familias en situación y condición de desplazamiento

Para el 2010 el fenómeno del desplazamiento de población, por razones de violencia, se constituye en un problema con graves implicaciones sociales, que afecta a un porcentaje significativo de personas provenientes de zonas rurales, convirtiéndose así mismo es un factor causante de problemas físicos, emocionales y sociales que deben ser abordados en forma integral.

Las diversas formas en que se presenta el desplazamiento forzado, individual, familiar ó masivo; las características que denota, es decir los bombardeos, amenazas, asesinatos, masacres, quemas de casas, entre otros; se convierten en factores que determinan el impacto (psicológico individual y social) que las víctimas llevan.

Los aspectos anteriormente descritos, definen necesidades psicosociales de la población desplazada, las cuales requieren de la confluencia de acciones integrales que permitan el desarrollo de las capacidades de la familia desplazada para un ejercicio más adecuado de su función afectiva, el mejoramiento de la salud física y mental y la construcción de cambios positivos en beneficio del sistema familiar.

Por tanto, la perspectiva psicosocial en el marco de la intervención diferencial para población desplazada, desde salud a su casa tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida y posibilidades de desarrollo integral de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia, a través del fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares con énfasis en la dimensión afectiva y la estabilización emocional de la familia favoreciendo su auto-reconocimiento como seres sociales, sus fortalezas y potencialidades encaminadas a la reconstrucción de su proyecto de vida y a promover la participación activa de la familia en cualquiera de los procesos o intervenciones.

Finalmente, las intervenciones buscaran establecer relaciones de respeto y relaciones pacíficas al interior de la familia, a través de la generación de espacios de concertación que fortalecerán el conocimiento de sus deberes y derechos, así como el compromiso y activa participación que deben tener en la solución de problemáticas familiares.

Es débil la pertinencia en cuanto al tiempo asignado para las visitas el cual es no inferior a un mes, el accionar es suficiente ya que esta población es muy flotante y a veces se puede dificultar la búsqueda si las visitas se realizaran cada mes, es coherente el trabajo en estas visitas ya que se logra con el objetivo de promover cambios positivos y la participación activa de la familia hacia la restitución de su autonomía y construcción de proyecto de vida y condiciones psicosociales.

Ámbito Laboral

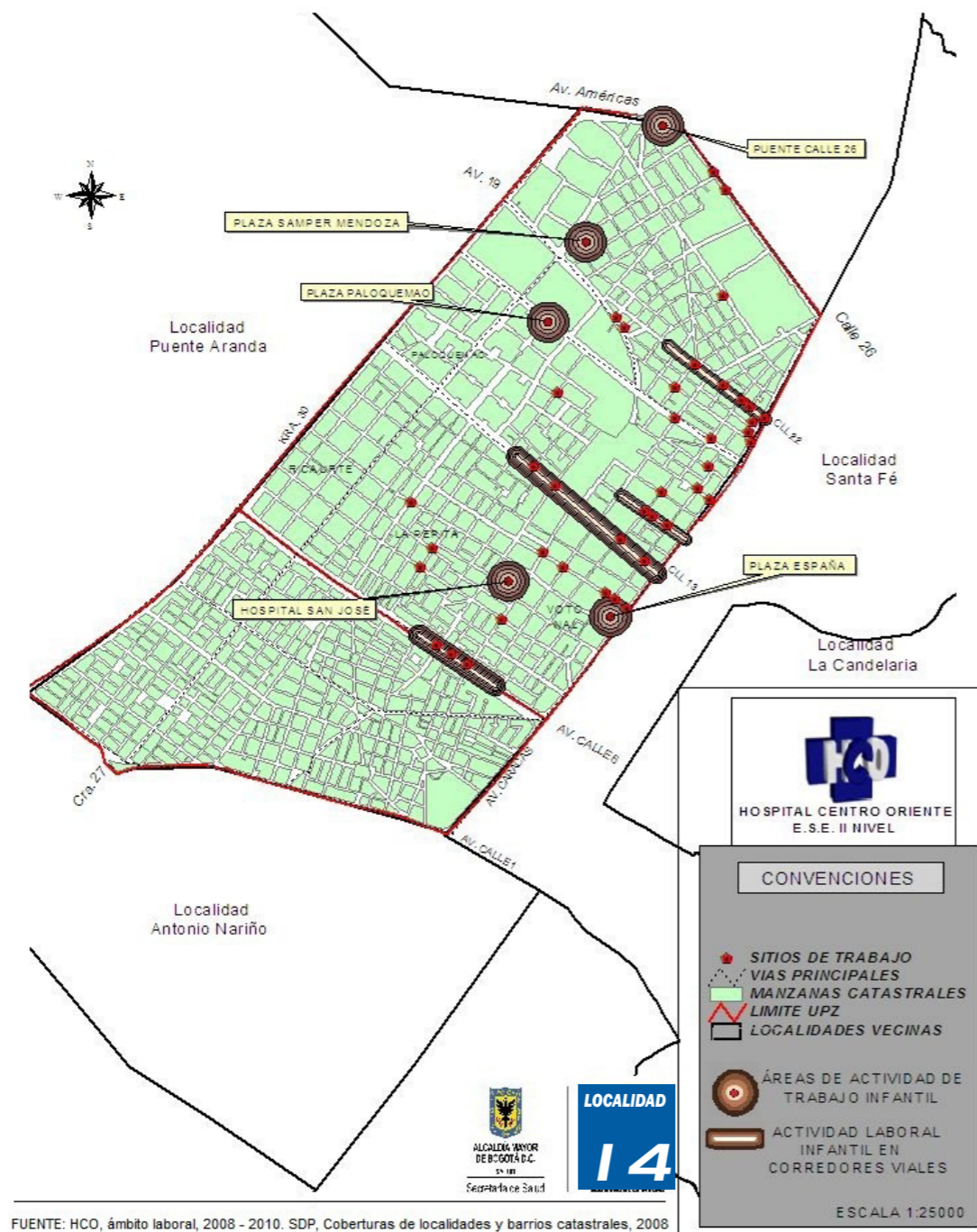
El objetivo macro del ámbito es avanzar en la afectación positiva de los determinantes de la relación salud enfermedad de los y las trabajadoras y sus familias, mediante acciones que

promuevan entornos saludables en los espacios laborales, así como la restitución social de derechos en relación con el trabajo y las garantías sociales. Toda forma de trabajo infantil es considerada como violencia, por tanto, desde las acciones en éste ámbito se hace reconocimiento de casos de niños que se encuentran en explotación laboral en sus peores formas de trabajo, canalizándolos a los diferentes servicios a los que tiene derecho.

Las acciones van encaminadas a la caracterización de niñas y niños trabajadores quienes sido caracterizados especialmente a lo largo de las principales vías de la localidad, y remisión a proyectos locales para el aprovechamiento del tiempo libre y vinculación escolar. Se lleva a cabo un trabajo en conjunto de articulación con la Secretaría de Integración Social, Centros Amar, ONG, DILE, Se logró el fortalecimiento del trabajo intersectorial con la participación de un mayor número de sectores para dar respuesta a la problemática de trabajo infantil y la exposición de estos niños a condiciones de trabajo precarias, aunque se requiere articulación con policía de infancia. (Mapa 20)

Dentro de las brechas identificadas se encontró; poca oferta para la vinculación de niños y niñas trabajadores que les permita un mejor aprovechamiento del tiempo libre. Falta dar cobertura de intervención a más niños y niñas trabajadoras.

Mapa 20. Trabajo infantil – ámbito laboral. Localidad Los Mártires. Bogotá D.C, 2008



FUENTE: HCO, ámbito laboral, 2008 - 2010. SDP, Coberturas de localidades y barrios catastrales, 2008

FUENTE: Hospital Centro Oriente. Ámbito laboral. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008.

4.2.4.2 Núcleo Problemático 2

En los territorios sociales 1 y 2 se presentan ambientes poco saludables para los habitantes, lo cual se evidencia en contaminación ambiental (visual, del agua, aire, auditiva, por basuras), inadecuado uso del espacio público, los espacios existentes no son propicios para la recreación y las viviendas están en condiciones inadecuadas, hacinamiento y deficiencia en las acometidas y redes de servicios públicos.

TRANSVERSALIDAD AMBIENTE Y SALUD

Desde la Transversalidad de Salud Ambiental con sus tres componentes, se propone desarrollar, posicionar y articular institucional e intersectorialmente una Agenda Social Ambiental, con la participación activa de la comunidad y los Monitores Ambientales Comunitarios (MAC), que sirva como herramienta participativa donde los actores involucrados se empoderen de las problemáticas ambientales y sanitarias, generando la apropiación del derecho a la salud y a un ambiente sano, en el marco de la Política Distrital de Salud Ambiental.

En este orden de ideas el Hospital Centro Oriente complementa su estrategia de la siguiente manera:

Plan Integral de Entornos Saludables (PIES):

La finalidad de los planes de entornos saludables se basa principalmente en el análisis y la articulación de las caracterizaciones adelantadas para el individuo, la familia, la vivienda y el entorno ambiental, en los núcleos abordados con la estrategia de Vivienda Saludable, para plantear tanto desde las competencias sectoriales como con gestión intersectorial planes de intervención bajo la postura integral y articulada de entornos saludables en las diferentes etapas del ciclo vital.¹¹⁰

La función de la Estrategia de Entornos Saludables, contribuye en la promoción de espacios de discusión, análisis e investigación que promuevan la salud sanitaria y ambiental al interior de la vivienda, la familia, el individuo y su entorno. También desarrolla acciones de prevención y promoción a través de los planes de intervención en los distintos niveles del sector institucional y local por medio de la articulación de acciones a favor de la Salud Ambiental.

Se ha logrado posicionar en los espacios de participación del Componente a nivel micro territorial temas como: manejo adecuado de residuos sólidos, tenencia adecuada de Mascotas en el hogar, prevención control y manejo de plagas, higiene en la vivienda y los entornos comunitarios, manejo adecuado de aguas recicladas de lavadora y aguas lluvias, pediculosis prevención, tratamiento y cuidado, riesgos en la vivienda, a través de jornadas de capacitación. En espacios como núcleos de gestión, se ha realizado articulación institucional con Aseo Capital y el Hospital Centro Oriente (GESA, PIES, ECOS) para jornadas de sensibilización a la comunidad por los hábitos inadecuados para el manejo de los residuos sólidos, trabajados desde área de salud a su casa el procesos de gestión y educación Ambiental.

Se ha realizado intervención al 70% de las viviendas establecidas en los micro territorios de salud a su casa, dando educación con la distribución para el aprovechamiento de espacio al interior del hogar a través de brigadas de vivienda saludable, en caso de infraestructura inadecuada la remisión al DPAE para la reubicación de viviendas en riesgo de vivienda, por la ausencia de agua y alcantarillado se implementaron sistemas para el tratamiento de agua potable como filtros de vela (45), promoción de unidades de saneamiento ecológico (baño seco) con 7 unidades.

Por los hábitos inadecuados para el manejo de residuos sólidos al interior de los hogares y la contaminación a las fuentes hídricas y espacios públicos se ha realizado el fortalecimiento de la gestión comunitaria a través de jornadas de salud y ambiente, capacitación a la comunidad en temas de aprovechamiento de residuos orgánicos a través de técnicas como lombricultivo y compostaje y articulación intersectorial con el apoyo del Aseo Capital, Policía comunitaria y Hospital Vista Hermosa.

En cuanto a la inadecuada tenencia de mascotas y propietarios de vehículos de tracción animal se ha realizado educación en tenencia adecuada de animales para la prevención de enfermedades como la escabiosis, accidente de animal mordedor y en 2 instituciones educativas de la localidad que se ha tomado como proyecto piloto (Veterinaria al colegio) como una estrategia de educación para la convivencia con animales.

Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud

La Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud en la localidad de Los Mártires se ha venido fortaleciendo por medio de la participación en diferentes espacios comunitarios, institucionales e interinstitucionales a nivel local, interlocal y distrital; de esta manera se articula con diferentes procesos encaminados a la solución y/o mitigación de la diferentes problemáticas ambientales que afectan o pueden llegar a afectar la salud ambiental de los habitantes de la localidad. Se busca promover la gestión de la salud ambiental, mediante el posicionamiento de la Política Distrital de Salud Ambiental, con una postura intersectorial y comunitaria en los espacios de participación, se participa en el espacio en la comisión ambiental local, mesas territoriales, mesa del eje ambiental, en lo distrital en reuniones distritales de gestión local, mesa distrital de salud ambiental, reunión de GESA distrital, mesa temática de saneamiento básico, se ha logrado el posicionamiento de la política de salud ambiental en cada uno de los espacios anteriormente mencionados y de una forma articulada con Entornos Saludables (PIES) y ECOS se ha realizado la construcción participativa de política de salud ambiental en espacios como núcleos de gestión y comedores comunitarios.

Durante el año 2010, desde Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud (GESA), se lideró el proceso de la Construcción Participativa de la Política Distrital de Salud Ambiental. Las actividades desarrolladas han sido clasificadas en diferentes etapas que permiten una visión ampliada de lo que se está generando. La Primera Etapa se denominó Escuela de Derechos Ambientales y de Salud, en donde se identificaron las diferentes problemáticas ambientales que amenazan con afectar la salud ambiental de las personas; la Segunda Etapa se llamó Diagnóstico de Conflictos Socioambientales y su impacto en la salud ambiental, en la cual se desarrolló un ejercicio de cartografía social donde se ubicaron en el mapa de la localidad las problemáticas anteriormente identificadas. La Tercera Etapa fue la Agenda Social en Salud Ambiental, en la cual se busca configurar un instrumento metodológico y estratégico para la realización de acciones encaminadas a la mitigación de las problemáticas ambientales.

La Cuarta Etapa se denominó Política para la sustentabilidad, en donde se socializaba la Política Distrital de Salud Ambiental, principalmente en sus líneas de acción, las cuales son: Alimentos Sanos y Seguros, Calidad del Agua y Saneamiento Básico, Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico, Seguridad Química, Medicamentos Seguros y Servicios de Salud y Calidad del Aire; de esta manera dar a conocer a la comunidad lo que se realiza desde cada línea de intervención y recibir aportes para el mejoramiento de las mismas. La quinta y última etapa de esta Construcción Participativa fue la Discusión Distrital de la Política de Salud Ambiental, donde se seleccionaron algunos líderes comunitarios comprometidos con este proceso para que asistieran a los talleres de esta última etapa donde la dinámica fue de carácter intersectorial.

Para el año 2011, desde Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud, se propone continuar promoviendo la gestión de la salud ambiental, mediante el posicionamiento de la Política Distrital de Salud Ambiental, con una postura intersectorial y comunitaria en los diferentes espacios de participación, tales como la Comisión Ambiental Local (CAL), Comité Local de Emergencias (CLE), Unidades de Apoyo Técnico (UAT), mesas territoriales, mesa del eje ambiental, mesa distrital de salud ambiental, entre otros espacios tanto institucionales como intersectoriales y transectoriales. Adicionalmente a estos procesos, se buscará el posicionamiento de la Agenda Social Ambiental de la localidad y la articulación de la misma con la Agenda Social Local y la Agenda Ambiental Local.

VIGILANCIA SANITARIA

En la Vigilancia Sanitaria se desarrollan diferentes actividades encaminadas al control de riesgos en la salud producidos por uso, consumo y producción de bienes y servicios ofrecidos en diferentes establecimientos ya sean de carácter comercial, educativos, industriales, entre otros, bajo el cumplimiento de la normatividad vigente establecida para tal fin.

Para realizar una mejor cobertura en la Vigilancia Sanitaria se cuenta con diferentes líneas de acción que permiten abordar de una manera idónea y multidisciplinaria los diferentes riesgos para la salud; estas líneas son: Alimentos Sanos y Seguros, Calidad del Agua y Saneamiento Básico, Seguridad Química, Medicamentos Seguros y Servicios de Salud, Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico. Estos procesos se encaminan en la metodología de las Buenas Prácticas, el cumplimiento de las exigencias normativas de carácter higiénico - sanitario y se basan en los siguientes ejes centrales:

Establecimiento Vigilado y Controlado: Se realiza Inspección, Vigilancia y Control a los establecimientos. Actividades educativas: Desarrollo de procesos de capacitación encaminados al fortalecimiento del sentido de la responsabilidad de las personas involucradas con las actividades que pueden generar riesgos para la salud en los diferentes temas abordados desde las líneas de intervención.

Control de población canina, vectores y enfermedades zoonóticas: Realizadas por la línea de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico.

Planes intersectoriales: Subsistema de Emergencias en Salud Pública: planes de emergencias familiares, escolares e industriales, velar por la atención de eventos de inferencia en salud pública como enfermedades de fácil propagación por condiciones higiénico sanitarias deficientes (varicela, hepatitis, enfermedades transmitidas por alimentos, Enfermedad Diarreica Aguda).

Proyectos especiales: Dispositivos médicos para la salud visual y ocular, Centro de tenencia y adopción de mascotas, desarrollados por las líneas de Medicamentos seguros y servicios de salud, y Eventos transmisibles de origen zoonótico, respectivamente.

Línea de Intervención Alimentos Sanos y Seguros

Realiza la Inspección Vigilancia y Control a establecimientos donde se procesa, almacena, comercializa y/o se expenden alimentos y bebidas alcohólicas y no alcohólicas, en el marco del decreto 3075/1997. Verificando el cumplimiento normativo de los aspectos higiénico sanitarios relacionados con infraestructura, saneamiento básico, equipos, personal, productos, documentación, entre otros aspectos, con el fin de corregir o mitigar los factores de afectación de la inocuidad de los alimentos y así mismo evitar la aparición de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA).

Durante el año 2010 en la línea de Alimentos Sanos y Seguros, para el componente de inocuidad que se incluye en esta línea y cuyo seguimiento se realiza a través del SISVEA, en la inspección, vigilancia y control de los establecimientos se realizaron 5903 visitas a establecimientos, se dieron como concepto favorable 786, pendiente 4547, desfavorable 593 y terminado 330, el concepto sanitario pendiente es el que más se emite a los establecimientos, lo que refleja que la gran mayoría de ellos cumplen parcialmente con las exigencias dejadas en cada una de las visitas.

Complementan los procesos con actividades educativas en la capacitación para la manipulación de alimentos, como estrategia de información, comunicación y educación en salud sobre el manejo adecuado de alimentos y bebidas y prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos, se realizaron 46 capacitaciones y se capacitaron 861 personas. Cuando se presentan reportes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS) u otros eventos relacionados con el objeto de la línea, ésta desarrolla acciones de atención y seguimiento oportuno coordinado con el subsistema de Emergencias en Salud Pública.

Línea de Intervención de Calidad del Agua y Saneamiento Básico

En esta línea se lleva a cabo la inspección, vigilancia y control de factores presentes en el entorno que en condiciones inadecuadas pueden afectar la salud de las personas; el comportamiento de factores importantes, tales como la calidad del agua potable, la gestión integral de residuos sólidos y líquidos, se vigilan en establecimientos como instituciones educativas, sitios de encuentro sexual, centros comerciales sin plazoleta de comidas, salas de cine, parques recreativos hoteles, piscinas, viviendas en riesgo, entre otros. Esta línea también interviene acueductos comunitarios pero para la localidad de Los Mártires no aplica.

Durante el año 2010 en la línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico, en la inspección, vigilancia y control de los establecimientos se realizaron 1933 visitas a establecimientos, se dieron como concepto favorable 674, pendiente 919, desfavorable 38 y terminado 34, el concepto sanitario pendiente el que más se emite a los establecimientos, lo que refleja que la gran mayoría de ellos cumplen parcialmente con las exigencias dejadas en cada una de las visitas.

En cuanto a las actividades de capacitación se realizan en temas para la promoción y prevención en el tema de agua como manejo adecuado del agua para consumo humano, manejo y disposición final de residuos sólidos y líquidos; se realizaron 30 capacitaciones y se capacitaron 482 personas. Se espera lograr un cambio en las condiciones higiénico sanitarias de las viviendas sobre todo en los inquilinatos a partir de la modificación de las conductas y hábitos cotidianos. Cuando se presenta brotes dentro de la localidad de enfermedades como varicela, parotiditis, hepatitis o Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) se atienden estos eventos en coordinación con el subsistema de Emergencias en Salud Pública.

Línea de Intervención de Seguridad Química

Se realizan actividades de Inspección, Vigilancia y Control a establecimientos que en sus procesos y/o actividades manipulen sustancias químicas, tales como industria textil, metalmecánica, de plástico, manufactureras, extractiva, automotriz y de servicios, centros de estética facial, corporal, ornamentación, lavanderías, pequeñas y medianas industrias donde se manejen, expendan, reenvasen y/o almacenen sustancias químicas insumo para procesos industriales.

Durante el año 2010 en la línea de Seguridad Química, en la inspección, vigilancia y control de los establecimientos se realizaron 3679 visitas a establecimientos, se dieron como concepto favorable 990, pendiente 2350, desfavorable 139 y terminado 188, el concepto sanitario pendiente el que más se emite a los establecimientos, lo que refleja que la gran mayoría de ellos cumplen parcialmente con las exigencias dejadas en cada una de las visitas.

En sus procesos de capacitación enfatizan en la elaboración de planes de contingencia y emergencias, manejo seguro de sustancia químicas, buenas prácticas operativas, manejo seguro de residuos peligrosos y legislación sanitaria y ambiental, así como de salud ocupacional en la promoción de programas de salud ocupacional principalmente la resolución 2400/1979; se realizaron 11 capacitaciones y se capacitaron 235 personas. En caso de reportes sobre intoxicaciones por sustancias químicas se atienden estos eventos coordinados con el subsistema de Emergencias en Salud Pública.

Línea de Intervención de Medicamentos Seguros y Servicios de Salud

Desarrolla actividades de Inspección, Vigilancia y Control a establecimientos donde se almacenan, comercializan o expenden medicamentos, cosméticos y productos naturales. Otras actividades que realiza la línea es la toma de muestras de medicamentos, los cuales son remitidos al Laboratorio de Salud Pública para el respectivo análisis físico-químico, siguiendo los lineamientos y protocolos establecidos por el laboratorio.

Para el periodo 2010 se programaron 256 visitas de Inspección Vigilancia y Control (IVC), se realizó la toma de 2 muestras, las cuales arrojaron como resultado el cumplimiento de los estándares de calidad según reporte de análisis realizado por el Laboratorio de Salud Pública. También se realizaron 2 muestras de medicamentos para el programa: "DeMuestra la calidad del INVIMA", sin que a la fecha se hayan notificado los resultados por parte del INVIMA a la E.S.E.

Durante el año 2010 en la línea de medicamentos seguros y servicios de salud en la inspección, vigilancia y control de los establecimientos se realizaron 67 visitas a establecimientos, se dieron como concepto favorable 44, pendiente 12, se puede apreciar que para este tipo de establecimientos, el concepto de mayor emisión fue el favorable, lo cual representa un aumento en la responsabilidad de los usuarios para cumplir con las exigencias sanitarias y así mismo ofrecer un servicio seguro a las personas.

En sus procesos de capacitación enfatizan en: manejo adecuado de medicamentos y prevención de automedicación, esta información está dirigida a personal de droguerías, tiendas naturistas y comunidad. Se realizaron 2 capacitaciones y se capacitaron 30 personas. Cuando se presentan reportes de medicamentos adulterados, la línea brinda apoyo en coordinación con el subsistema de Emergencias en Salud Pública.

Línea de Intervención de Eventos Transmisible de Origen Zoonótico:

Sus actividades se enfocan en tres componentes principales que son: control de la población canina callejera; control de vectores, Inspección, Vigilancia y Control de establecimientos médico veterinarios. Adicionalmente realiza actividades de vacunación antirrábica y esterilización tanto para caninos y felinos.

Durante el año 2010 en la línea Eventos transmisibles de origen zoonótico en la inspección, vigilancia y control de los establecimientos se realizaron 27 visitas a establecimientos, se dieron como concepto favorable 11, pendiente 15, desfavorable 1 y terminado 1. En vacunación antirrábica se vacunaron 3216 caninos y felinos; se esterilizaron un total de 293 hembras caninas y felinas intervenidas; para el control vectorial de insectos en exteriores se intervinieron 20.591 m², para el control de roedores en exteriores se intervinieron 26.500 m² con un cumplimiento del 100% de lo programado.

En sus actividades de capacitación se hace énfasis la tenencia adecuada de mascotas, prevención y control de enfermedades zoonóticas con énfasis en la Rabia. Se realizaron 9 capacitaciones y se capacitaron 147 personas.

En términos generales, las principales problemáticas que identificadas en la localidad son hábitos inadecuados en manipulación de alimentos, procedencia no certificada especialmente de licores, mal manejo de residuos sólidos, contaminación de afluentes por vertimientos de sustancias químicas o aguas servidas, tenencia inadecuada de animales, condiciones higiénico sanitarias deficientes en edificaciones, industrias informales, contaminación ambiental, proliferación de vectores plaga. Debido a esta situación desde las líneas de intervención se vienen desarrollando estrategias de información por medio de capacitaciones con el fin de lograr cambios positivos en las personas capacitadas y de esta manera seguir trabajando por la prevención de los riesgos en Salud Pública.

Subsistema de Emergencias en Salud Pública

Es el encargado de realizar asesoría a planes de emergencias escolar, familiar e industrial.

Realiza el enlace para la atención de eventos (varicela, ETAS, EDAS, hepatitis A, parotiditis, intoxicaciones por sustancias químicas) y capacitaciones a la comunidad sobre: gestión del riesgo, plan familiar de emergencias, plan escolar de emergencias, preparación ante eventos de gran magnitud.

Para las líneas de intervención anteriormente mencionadas. Se plantea continuar con las actividades de Inspección, Vigilancia y Control en los diferentes establecimientos abiertos al público, con el fin de reducir los riesgos en la salud generados por uso, consumo y producción de bienes y servicios, verificando el cumplimiento normativo de los aspectos higiénico sanitarios relacionados con infraestructura, saneamiento básico, equipos, personal, productos, documentación, entre otros factores con el fin de contribuir de manera efectiva en la mitigación de factores que puedan afectar la salud pública.

La vigilancia epidemiológica de la rabia y el control vectorial se continuará con el diseño y la aplicación de una metodología de recolección de caninos callejeros para disminuir los conflictos que se presentan con la comunidad. Continuar apoyando las actividades del Centro de Tenencia y Adopción Canina de Bogotá. Con relación a los accidentes de agresión animal se busca generar una estrategia que permita hacer y recibir retroalimentación de los otros Hospitales para el seguimiento oportuno de los casos. Continuar con la estrategia de vacunación extramural puerta a puerta en los territorios. Identificar estrategias para mejorar técnicas de control de población canina que permitan sensibilizar a la población sobre la importancia de la recolección de caninos callejeros.

Adicionalmente se complementa con actividades educativas en cada una de estas líneas, con el fin de informar e instruir sobre temas relacionadas con la normatividad sanitaria, BPM en la manipulación de alimentos, Manejo de sustancias químicas, Manejo adecuado del agua, Responsabilidad en el uso de medicamentos, Enfermedades de origen Zoonótico, entre otros.

Proyectos especiales

Los proyectos especiales que se desarrollan en el Hospital Centro Oriente se trabajan de dos líneas de intervención que son: Línea de Medicamentos Seguros y Servicios de Salud con el proyecto especial de Dispositivos médicos para la salud visual y ocular. Desde la Línea de Eventos Transmisible de Origen Zoonótico se trabaja el proyecto especial de Apoyo al nivel central del centro de zoonosis. Las actividades realizadas desde estos proyectos especiales se describen a continuación:

Proyecto especial de dispositivos médicos para la salud visual y ocular: en este proyecto se realizan actividades de visitas de inspección a ópticas sin consultorio, talleres ópticos, ópticas con consultorio que estén habilitadas y/o verificar el aval de las mismas para así mismos reportarlas las que no cumplen e iniciar proceso de sensibilización para que logren la habilitación. Adicionalmente

participan en la revisión y actualización de la normatividad para realizar los ajustes pertinentes.

Vigilan procesos de dispensación en ópticas con y sin consultorio y adecuación en talleres ópticos, se emiten certificados de dispensación y adecuación, a cargo de la SDS contra un acta de verificación y un concepto favorable.

Desarrollan actividades de capacitación para sensibilizar a las personas vinculadas con la actividad en cuanto a la legislación que regula las ópticas y los talleres ópticos entre la legislación aplicable a esta actividad están: decreto 1030/2007, resolución 4396/2008, decreto 218/2009. Adicionalmente a este proceso de capacitación el proyecto se articula con FENALCO para dictar talleres de socialización de la normatividad en cuanto a documentación, áreas y equipos.

Proyecto especial de apoyo al nivel central del centro de zoonosis: el objetivo del proyecto es presentar apoyo en las actividades del centro de zoonosis con recurso físico y humano. En estas actividades participan cinco técnicos en saneamiento básico, un médico veterinario y tres vehículos.

Se desarrollan actividades de apoyo al Centro de zoonosis en lo relacionado recolección canina, adopción de caninos y felinos, eutanasia, seguimiento activo de la rabia, observación y seguimiento de mordedores, vacunación.

Parte de la base normativa se contempla en la Ley 9 del 79, el decreto 2257/1986, entre otras. En cuanto al procedimiento de la eutanasia se rige por el decreto 5215/2006.

En cuanto al procedimiento de la eutanasia está el apoyo de los técnicos de saneamiento y un médico veterinario. Este procedimiento se realiza dos veces por semana o según requerimientos del centro.

Los insumos que hacen parte del proyecto especial dados por la institución para el funcionamiento del centro son: alimento concentrado para caninos y felinos, medicamentos, transporte, biológicos para animales dados en adopción (esquema de vacunación); medicamentos para la realización del proceso de esterilización canina y felina dentro del centro de zoonosis.¹¹¹

4.2.4.3 Núcleo Problemático 3

En el Territorio Social 1 se presentan situaciones de fragilidad social en los habitantes (personas en situación de prostitución, habitante de calle, personas en situación de discapacidad, personas en situación de desplazamiento, personas consumidoras de sustancias psicoactivas -SPA- y personas desempleadas) generando discriminación en estos grupos poblacionales lo cual dificulta la convivencia con los y las residentes de este territorio, afectando la calidad de vida de todos y todas. (Mapa 21).

¹¹¹ Hospital Centro Oriente. Documento Respuesta Social del PIC para la localidad de Los Mártires. Gestión Sanitaria y Ambiental.2010.

Mapa 21. Ubicación Geográfica de Condiciones desfavorables en calidad de vida. Localidad Los Mártires. Bogotá, D.C, 2008



FUENTE: HCO, GESA, 2010. SDP, Coberturas Localidades y UPZ Bogotá D.C., 2008

FUENTE: Hospital Centro Oriente. GESA. SDP. Coberturas de localidades y UPZ, 2008. POBLACION ÉTNICA

En el año 2009, se llevaron a cabo las siguientes intervenciones:

Gestión Local

Se cuenta con un profesional para la transversalidad de etnias quien desarrollo a partir de los componentes de gestión local la actualización del marco situacional de las etnias indígenas en los territorios de gestión social integral, la secretaria técnica de la mesa étnica interlocal de los Mártires, Santa Fe y Candelaria, apoyo en la elaboración del proyecto Ingas el cual se ésta llevando a cabo en el año 2010 y la socialización de la problemática de las etnias Inga, Embera Chami y Embera Kativo en los espacios locales como CLOPS y Mesas Transectoriales locales.

Ámbito Comunitario

Con la población Embera, las acciones se encaminaron a: Grupos de interés (hombres, mujeres, niños y niñas, líderes, entre otros) de la población Embera, fortaleciendo en derechos relacionados con la salud. Se coordinó acciones con los referentes de ámbito laboral, familiar, género y desplazados.

Con la población Inga se logró intervenir a 20 niños y niñas, 33 jóvenes, 43 adultos y 10 adultos mayores, sin embargo, desde lo Distrital, no se reconocen los espacios, redes y formas de participación particulares de estos grupos que no se pueden incluir en esquemas como los de gestión social integral, debido a las particularidades relacionadas con el trabajo comunitario que manejan, el desconocimiento del enfoque y abordaje diferencial lleva a situaciones de discriminación y estereotipos frente a esta comunidad dando lugar a la vulneración de derechos a todo nivel: (salud, vivienda y trabajo entre otros).

Teniendo en cuenta las carencias que el pueblo indígena Embera ha padecido desde su llegada a Bogotá, el equipo de la intervención del ámbito comunitario del Hospital Centro Oriente en coordinación con las demás instituciones que tienen responsabilidad compartida con este tipo de intervenciones, han propuesto estrategias de inclusión encaminadas al mejoramiento de las condiciones de vida de estas personas.

Una de estas intervenciones incluyentes desde el ámbito comunitario, es la presentación ante el Comité de Productividad de la canasta Embera para que se elabore una minuta que se pueda implementar en los comedores comunitarios donde asisten los indígenas; dicha canasta, fue proyectada por la intervención de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Hospital Centro Oriente con el apoyo de la referente de Embera desde el ámbito comunitario.

De igual manera, desde el Comité de Productividad se han analizado las diferentes estrategias que se pueden realizar mediante una planeación sistemática y ordenada, de acuerdo con los principios vinculantes de la corresponsabilidad social que atañe a las instituciones locales y distritales para la consecución de opciones laborales para las personas de los grupos indígenas y las personas afrodescendientes que se encuentran asentadas en la localidad.

POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO

Las acciones están encaminadas al apoyo en las Brigadas de Salud y Atención a los Embera en La Favorita (territorio social 1), consolidar bases de datos y canalizar personas a las ayudas jurídicas, de salud y de emergencia. Se participa en reuniones con la UAO para definir la situación de la población Embera.

En la Escuela de Autos, se socializaron, el Auto 004 de 2009 correspondiente a Etnias, Auto 052 de 2008 de Género y Auto 251 de 2008 y su aplicación a la Población Embera.

En la Pastoral Social se interviene con charlas sobre la ruta de desplazados y contenidos del POS-S, se tiene proyectado, organizar un grupo que apunte hacia la Escuela de Líderes. En La Milagrosa se han hecho actividades de sensibilización frente al Desplazamiento y Habitante de Calle, ya que la Población Desplazada, por falta de redes sociales y recursos económicos, utiliza las ayudas de estos hogares donde se concluye que el Desplazado tiene una alta posibilidad de convertirse en Habitante de Calle y entrar en estas dinámicas.

En el 2009 -2010 se apoyaron varias actividades con la población Embera residente en los inquilinatos de los Barrios San Bernardo y La Favorita, durante el año 2009, no se contaba con información de cobertura consolidada, por lo cual se realizó una base de datos donde se registró la cobertura por Etapa de Ciclo. Respecto al objetivo de la intervención en relación al fortalecimiento de la organización en la comunidad Embera, se presentaron dificultades por falta de condiciones de calidad de vida mínimas que se requieren para un empoderamiento sustentable, por lo cual las acciones se han dirigido en mayor medida a desmontar las múltiples barreras de acceso al Derecho a la Salud, que siguen provocando casos de gravedad en eventos de salud pública, entre las más complejas, las enfermedades transmisibles, morbi-mortalidad infantil. El Ámbito Comunitario durante 2009 promovió la revaloración e intercambio de los saberes en todas las etapas del ciclo vital. La actividad que más impacto ha tenido para disminuir el aislamiento de las mujeres adultas y adultas mayores, ha sido los encuentros de mujeres Indígenas, en donde se han generado espacios de diálogo entre mujeres de diferentes etnias y el intercambio de experiencias sobre las condiciones de calidad de vida y de relación con los elementos intangibles a través de los cuales se continúa en conexión con el territorio ancestral de origen. Frente a la población mestiza en situación de desplazamiento la acción concreta que se ha llevado a cabo, ha sido la identificación de personas para la remisión a otros Ámbitos.

A pesar de las intervenciones realizadas con estas poblaciones, se continúan presentando problemáticas como la falta de acceso de salud para estas comunidades y discriminación; las entidades pertinentes: Secretaría de Salud y Ministerio del Interior (Dirección de Etnias), están definiendo la situación de esta población. Se evidencia que las dinámicas y contexto de la población Embera deben ser estudiadas para generar un fortalecimiento organizacional sin embargo hay que resolver sus necesidades básicas.

Desde la transversalidad de Discapacidad

Las acciones que desde la transversalidad de discapacidad se realizan, están fundamentadas en la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) la cual determina acciones específicas en cada uno de los ámbitos de vida cotidiana con el fin de mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas con discapacidad de la localidad. La rehabilitación basada en Comunidad comprende el conjunto de acciones o intervenciones que buscan el desarrollo social de las personas con discapacidad y su reconocimiento como ciudadanos autónomos capaces de tomar decisiones e influir en la construcción social; a través de la oportuna entrega de servicios, promoción de la equiparación de oportunidades y protección de los derechos humanos.¹¹² Así mismo, se considera que la estrategia involucra a la persona con discapacidad, la familia y la comunidad y requiere del trabajo en red de los diferentes sectores e instituciones públicas, privadas y ONG, entre otros.

Según lo anterior la evaluación de las acciones se realizara teniendo en cuenta su cobertura, pertinencia, coherencia y suficiencia de cada una de las acciones desarrolladas bajo los lineamientos de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad a la luz de los núcleos problemáticos y variables como la etapa de ciclo vital y su territorialización.

¹¹² Secretaría Distrital de Salud, Cuaderno de Discapacidad y Rehabilitación Basa en Comunidad, Bogotá, D.C, 2008.

Ámbito Familiar

Desde el ámbito familiar¹¹³ y bajo los principios de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, el Hospital Centro Oriente realiza asesorías domiciliarias a los núcleos familiares que cuentan con una o más personas en condición de discapacidad. Se parte del reconocimiento de las condiciones de vida, estructura y dinámica funcional de la familia, se construyen respuestas integrales en salud, con el fin de garantizar, promover y restituir la autonomía tanto de la persona con discapacidad como del colectivo familiar.¹¹⁴ Durante el año 2010 se identificó a 250 usuarios con discapacidad y sus familias.

Con respecto a los cuidadores, se evidencia que 80% de las personas asesoradas tienen cuidador y estas son mujeres. Las características socio demográficas de las personas en condición de discapacidad (PCD) identificadas y caracterizadas desde el ámbito familiar son similares a los resultados del Registro de Localización y Caracterización de la población con Discapacidad 2007; esta circunstancia permite determinar que las problemáticas de esta población son significativas y requieren de un fuerte trabajo transectorial, que permita la superación de su alto nivel de vulnerabilidad social.

Las acciones desarrolladas desde el ámbito familiar son pertinentes para la superación de algunas barreras de acceso al sistema de salud, así como en el empoderamiento y la exigencia de sus derechos en salud y demás servicios sociales, este es uno de los ámbitos que más focaliza población y canaliza a otros proyectos y programas que brindan atención a esta población. Del mismo modo, la respuesta es coherente ya que permite contrarrestar las principales problemáticas que presenta la PCD, como es el caso del bajo acceso a los servicios de salud, por barreras físicas, actitudinales y de procedimiento en la prestación de los servicios de salud. De igual forma, fortalece los procesos de autogestión y el desarrollo de hábitos y conductas de auto cuidado.

Desde el ámbito familiar se identifica la necesidad de retomar núcleos familiares que en vigencias pasadas ya habían sido beneficiados por la estrategia desde las asesorías domiciliarias, ya que permite fortalecer y realizar seguimiento a las acciones y enseñanzas de empoderamiento, autogestión y hábitos de auto cuidado, sin embargo, esta intervención no está estipulada en los lineamientos de SDS, por lo contrario, determina que no se debe realizar un nuevo proceso antes de 5 años y sin que la persona haya cambiado de etapa de ciclo.

Ámbito IPS

Desde el ámbito de IPS¹¹⁵, se desarrollan acciones que apuntan a la formación del personal de la institución prestadora de servicios de salud en temas como discapacidad, política pública, derechos humanos, prestación de servicios con calidad y calidez a personas con discapacidad. De igual forma, se realiza asesoría en el mejoramiento de la infraestructura y facilitar el acceso físico a los servicios de salud de la población. El propósito es garantizar el derecho a la salud, de todas las personas con discapacidad con calidad y calidez, bajo el marco del reconocimiento de la diversidad humana.

¹¹³ El ámbito familiar se define como el espacio social de vida cotidiana, un espacio de formación de sujeto de derechos y una expresión de organización social con funciones primordiales, así como, escenario fundamental de humanización y socialización del ser humano, con capacidad para transformarse, transformar su entorno y la sociedad de la que hace parte.

¹¹⁴ En 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud de la familia como un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de esta, como unidad bio-psico-social en el contexto de una cultura y sociedad y desde entonces quedó aclarado que es un concepto que trasciende el estado físico y mental de sus miembros y se refiere al ambiente sano para el desarrollo natural de los que viven en su seno. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_4_05/spu11405.htm / Organización Mundial Salud., Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra, 1976 .p.30-3. (Serie de Informes Técnicos; No. 587).

¹¹⁵ Una IPS Amiga de la Persona con discapacidad y su familia se define como aquella que "conoce y comprende las necesidades y expectativas de la PCD y su familia y con base en esto acoge, orienta y apoya a la PCD y su familia para satisfacerlas a través de una atención regida por principios de calidez, calidad, reciprocidad y participación".

En este espacio interactúan aseguradores, trabajadores de la salud, familias y población usuaria de servicios en rehabilitación orientada a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud del individuo, familia y comunidad y la calidad y calidez de sus servicios.

Para el año 2010 fueron intervenidas Méderi, Hospital San José, Perseverancia y Lafayette. Se realizan actividades de sensibilización para el fortalecimiento y el desarrollo de la estrategia de IPS amigas de la discapacidad y sus familias, asesoría técnica en procesos de inducción y re inducción, desarrollo y fortalecimiento en temas de implementación de política pública de discapacidad y la estrategia de rehabilitación basada en comunidad.

Las acciones desarrolladas desde el ámbito IPS son pertinentes ya que permite la sensibilización y transformación de imaginarios sociales del personal de salud en la atención oportuna y cálida a las personas con discapacidad que requieren de un servicio de salud, así como, la adaptación y disposición física para el acceso efectivo de las personas con discapacidad y sus familias a los servicios de salud sin dificultad.

Del mismo modo, la respuesta es coherente ya que permite contrarrestar al menos dos de las problemáticas que se presentan en el acceso a los servicios de salud de las PCD y sus familias, primero las dificultades de acceso por barreras físicas y segundo, las barreras actitudinales de parte del personal de salud que trabaja en las diferentes IPS de la localidad.

Con relación a la suficiencia es evidente que los procesos de sensibilización y transformaciones en la planta física de las IPS, requiere por un lado, mayor compromiso humano en el reconocimiento y respeto de esta población como sujetos de derechos y por otro una inversión económica importante para realizar modificaciones en la infraestructura.

Ámbito Escolar

Desde el ámbito escolar se generan estrategias que posibilitan la integración en el medio familiar, escolar y social de los niños, niñas y jóvenes que presentan limitaciones en su proceso escolar o que tienen un potencial riesgo de adquirirlas. Del mismo modo, dichas estrategias permiten evitar o reducir la aparición de consecuencias secundarias asociadas o producidas por un trastorno de desarrollo o situación de alto riesgo que afecta la calidad de vida de niños, niñas y jóvenes en el escenario escolar.

Las acciones en el ámbito escolar, buscan responder a las necesidades en salud consideradas fundamentales en el marco de los derechos y la inclusión social de la población con discapacidad en edad escolar. En ese sentido, se realiza un trabajo que permite y requiere la articulación entre el saber de la comunidad educativa y de los equipos de salud para el abordaje de la población escolarizada que presenta o puede desarrollar una Necesidad Educativa Especial.

Dentro de la estrategia se desarrollan acciones colectivas en colegios promotores y en I colegios integradores, se realiza acompañamiento a la inclusión escolar, a la garantía del derecho a la salud como su seguimiento, para niños y las niñas con discapacidad en los colegios integradores de la localidad. Para la vigencia 2010 se adelantan 65 seguimientos a niños.

En cuanto a la pertinencia y coherencia de esta acción ejecutada desde el ámbito escolar es necesaria y oportuna la identificación de los niños y las niñas con discapacidad que por alguna razón no cuentan con seguridad social, ya que permite que esta población no asegurada ingrese y tenga acceso al sistema de salud.

En cuanto a la suficiencia de la acción es evidente que el acceso a los sistemas de salud de los niños y las niñas con discapacidad, no solo depende de tener el aseguramiento en salud (afiliación

en salud), sino que, dicha garantía también obedece a la responsabilidad y compromiso de los padres para llevar a los niños y niñas con discapacidad o con necesidades educativas transitorias o permanentes a los servicios de salud.

De las acciones es importante reconocer que se cuenta con barreras significativas que dificultan los procesos de inclusión escolar de los niños y las niñas con discapacidad a las aulas inclusivas y que no dependen de las acciones propias desarrolladas por el ámbito. Entre estas se identifican: falta de formación y capacitación de los docentes que les permita generar metodologías de enseñanza que favorezcan el desarrollo de capacidades y formas de aprendizajes de los niños y las niñas con discapacidad; además se evidencia resistencia por parte de los docentes a desarrollar estas habilidades y competencias; y por otro lado, no se cuenta con las herramientas comunicativas o instrumentos que le permiten a los niños y las niñas con algún tipo de discapacidad como la visual y auditiva tener acceso a la formación sin dificultad, así como, la persistencia de barreras de acceso físico presentes en la infraestructura de los colegios de la localidad.

Ámbito Comunitario

El Ámbito Comunitario, desarrolla sus acciones centradas en las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores, cuidadoras, la comunidad y otros actores sociales y políticos. Las intervenciones se implementan con base en los fundamentos de la RBC, la estrategia promocional de calidad de vida, el desarrollo comunitario y la gestión social, articuladas con los principios que rescatan la promoción, el desarrollo y la restitución de los derechos y la autonomía de las personas y los colectivos.¹¹⁶

Desde el ámbito se desarrollan acciones específicas las cuales pretenden abarcar todos las etapas de ciclo vital que son: formación de personas con discapacidad, cuidadores y líderes como agentes de cambio en Rehabilitación basada en comunidad con las competencias ciudadanas y sociales requeridas para participar en escenarios públicos y generar acciones que promuevan la autonomía, el ejercicio de la ciudadanía y la inclusión social de la población en situación de discapacidad. Por otro lado, se fortalecen los procesos de conformación/consolidación de organizaciones de población en situación de discapacidad, de manera que aboguen por los derechos de las personas con discapacidad, fortalezcan el tejido social y contribuyan en procesos de transformación social, así mismo se forman jóvenes sin discapacidad como padrinos de jóvenes con discapacidad con el fin de aumentar su grado de participación social, desarrollar sus competencias ciudadanas y promover la construcción de su proyecto de vida. En el año 2010 se formó un grupo de 19 agentes de cambio, se fortalecieron 2 organizaciones sociales; un club de cuidadores y cuidadoras, y un grupo de personas en proyecto de vida.

Las acciones desarrolladas desde el ámbito comunitario son pertinentes ya que promueven la formación de sujetos políticos que ejerzan su ciudadanía plena por medio de la exigibilidad de sus derechos fundamentales. Del mismo modo, la respuesta es coherente ya que favorece el desarrollo de competencias ciudadanas y sociales necesarias para participar en escenarios públicos y generar acciones que promuevan la autogestión y la toma de decisiones.

Se identifican como brechas las barreras de acceso al servicio de salud, la vulneración de derechos de las personas en condición de discapacidad, el bajo nivel de participación de la población objetivo, la vulneración de derechos de las personas en condición de discapacidad, las barreras de acceso (arquitectónicas) de movilidad y desplazamiento, la falta de oportunidades socio laborales y ocupacionales; el bajo nivel de educación e inserción en los programas de

¹¹⁶ Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en su documento de Posición conjunta del 2004.

formación y capacitación, la carencia de oportunidades que garantice la sostenibilidad de las iniciativas productivas y los proyectos de emprendimiento. La falta de oportunidad de trabajo y la discriminación social y burocracia en la tramitología de proyectos que nacen en la comunidad, así, como, la falta de sensibilización frente a la discapacidad en escenarios diferentes a la intervención, los débiles procesos de participación, comunicación, representatividad, gestión y autogestión, la falta de usos de medios de divulgación, información y medios de comunicación masivos, y la falta de educación a jóvenes después de los 18 años de edad.

Ámbito Institucional

Se desarrollan acciones dirigidas a las Instituciones¹¹⁷ que atienden población con discapacidad en modalidades de internado y seminternado, basadas en la interacción dinámica con todos los actores pertinentes (funcionarios, administrativos, de salud, servicios generales, personas con Discapacidad, familias, cuidadores, cuidadoras, personas sin discapacidad, usuarios de la institución), que aporten a la construcción de los mecanismos que garanticen servicios oportunos y de calidad, promoción de la equidad para el desarrollo de capacidades y protección de los derechos de las PCD como sujetos capaces de contribuir de manera significativa en el desarrollo de sus grupos sociales cercanos.

Las acciones van dirigidas al talento humano que trabaja en la atención de personas con discapacidad y sus familias como también a líderes comunitarios con intereses y habilidades por el trabajo de colectividades. Las acciones desarrolladas desde el ámbito institucional son pertinentes y coherentes ya que contribuye al logro de servicios con calidad en términos de accesibilidad, comunicación, servicios, infraestructura, humanización del talento humano, oportunidad, respeto y dignidad, promueve la rehabilitación integral garantizando la participación permanente de la familia como sujeto activo de la recuperación funcional generando corresponsabilidad social.

POBLACIÓN DE HABITANTE DE CALLE

Las repuestas se establecen a través de las diferentes acciones adelantadas y los espacios que se abordan en la localidad. Es el caso del proceso adelantado en cuanto al fortalecimiento de la red existente a lo que se suma la creación de una nueva red que permita dar una respuesta integral a las necesidades de las y los habitantes de calle y a través de las diferentes articulaciones realizadas.

Se ha trabajado apuntando a la sensibilización de la comunidad con respecto a la habitabilidad en calle y al habitante de calle como persona que adopta otras dinámicas y que se encuentra en condiciones particulares. De la misma manera, con el habitante de calle se enfatiza en cuanto a su relación con el entorno, con los otros, siendo estos, la comunidad en general, la participación y la convivencia.

En la localidad Los Mártires, los recorridos realizados principalmente se dan en los micro territorios con mayor presencia de habitante de Calle, como La Favorita, barrio Santafé, Samper Mendoza, La Carrilera, Voto Nacional y en los callejones que unen estos barrios. Se han adelantado también recorridos nocturnos en articulación entre la referente de LGBT y la referente de habitante de calle del ámbito comunitario del Hospital Centro Oriente, con el Referente de adultez de la subdirección local de integración social, con el propósito de identificar las dinámicas nocturnas de la población, los lugares donde “parchan” y los cambuches; y la presencia de población LGBT que también es habitante de Calle.

¹¹⁷ Una institución Amiga de la Persona con Discapacidad PCD y su Familia se define como aquella que “conoce y comprende las necesidades y expectativas de la Persona con Discapacidad y su familia y con base en esto las acoge, orienta y apoya para satisfacerlas a través de una atención regida por principios de calidez, calidad, reciprocidad y participación”.

Dentro de las acciones y logros obtenidos se encuentran los siguientes: creación, continuidad y posicionamiento de un Centro de Escucha en el Parque Santafé, instituido por el Hospital, en articulación con diferentes intervenciones lo que permite avanzar e implementar estrategias para el abordaje de las problemáticas de las y los habitantes de calle. Así mismo, la continuidad y posicionamiento del Centro de Escucha Plaza España en articulación con las diferentes instituciones públicas y privadas, llevando al habitante de calle una respuesta integral.

Se participó en el Comité de Habitante de Calle en la localidad de Mártires, generando propuestas para el abordaje de la habitabilidad en calle y de la problemática, buscando respuestas integrales a las diferentes problemáticas y concertando acciones que se llevan a los territorios como una unidad de acercamiento y es percibida de esta manera por la población. Intervención en el Hogar de Paso La Medalla Milagrosa, en articulación con intervenciones del PIC y a partir de un plan de acción que busca dar respuesta a las necesidades de la población asistente. Visitas a instituciones y organizaciones con el objetivo de ampliar la red y fortalecer la existente.

Se realizaron actividades con habitantes de calle durante dos días en el mes de agosto de 2010, en la zona denominada Bronx, se logra un primer acercamiento y reconocimiento por parte de los diferentes actores, esto se hace entre la Subdirección Local de Integración Social los Mártires, con el Referente de Adultez, Hospital Centro Oriente con la intervención Habitante de Calle y Secretaria de Gobierno.

Se da inicio a un proyecto que integra mujer habitante de calle, se adelantan acciones como relatos, historias de vida y se vincula una profesional del IPES que adelanta una investigación sobre el tema. Participación en la actividad programada en la calle anteriormente denominada Cinco Huecos, en el marco de la Semana del Buen Trato, en donde se contó con la presencia de la Unidad Móvil del Hospital Centro Oriente para la atención a la población en medicina y odontología.

Canalización, remisión y seguimiento a casos, según sean las necesidades o situaciones particulares de los individuos, buscando orientar, escuchar y dar respuesta a la población.

A partir del Centro de Escucha adelantado en Plaza España, se logra la conformación y consolidación de un grupo al que ellos denominan El Parche y han diseñado una obra de teatro llamada la **YK**, la cual ya tuvo una primera presentación en una actividad del ámbito comunitario y se continúa realizando la gestión para más presentaciones.

Igualmente, se realizó acompañamiento a habitantes de calle en procesos como elaboración de hojas de vida, convocatorias, construcción de proyectos y se hace seguimiento a casos que requieren atención en salud, con el fin de disminuir barreras de acceso frente a este derecho. También se ha participado en espacios transectoriales de discusión y construcción, posicionando el tema de habitabilidad en calle para ser tenido en cuenta en las políticas locales y distritales. Fortalecimiento a líderes y formación de sujetos políticos.¹¹⁸

POBLACIÓN L.G.B.T.I.

En el componente de Gestión Local del Plan de Intervenciones Colectivas se encuentra un referente para el tema específico de orientaciones sexuales e identidades de género. Este tiene tres grandes líneas de acción a su cargo a saber, la actualización de los diagnósticos locales de salud de población LGBTI. Permitiendo la incorporación de la mirada desde la perspectiva poblacional en la lectura de necesidades y en la proyección de respuestas sociales; a través de la participación en los espacios locales de la política pública LGBTI posicionando la estrategia promocional de calidad de vida y salud y el enfoque poblacional de la perspectiva L.G.B.T.I, así, como en la generación e

¹¹⁸ Hospital Centro Oriente. Ámbito Comunitario. Documento Intervención habitante de calle. Localidad Los Mártires 2010

implementación de estrategias de promoción de la salud, bienestar integral, la prevención de factores y condiciones que afectan el estado integral de salud de las personas de los sectores LGBT.

En este proceso en el año 2010 se ha aportado en la localidad para el diseño de Centros de Escucha para población L.G.B.T.I. en la localidad que de forma itinerante identifican las necesidades de la población en los territorios y realizan la canalización pertinente. Además de esto se ha aportado a la construcción del proyecto de inversión local para la conformación y el fortalecimiento de la mesa L.G.B.T.I de la localidad y el proyecto que tiene como objetivo crear una red de participación local de personas L.G.B.T contribuyendo al objetivo del plan de desarrollo local “Mártires fortalece su tejido social”.

En este ámbito comunitario se encuentra una profesional encargada de diseñar e implementar con la comunidad estrategias lúdicas pedagógicas respecto a:

Fortalecimiento en derechos (a la salud plena, a la no discriminación, al libre desarrollo de la personalidad, a la autonomía), desde la salud sexual encaminada a la convivencia ciudadana de personas transexuales, con ciudadanía en general, para los no crímenes de odios por identidad de géneros, en la prevención de ITS-VIH Sida, desde el ámbito comunitario con población de mujeres LBT. Para la reducción de daños frente al consumo de sustancias psicoactivas en el marco de la construcción de comunidades locales, igualmente en el acompañamiento emocional frente a estresores psicosociales asociados a las identidades de géneros y orientaciones sexuales. Se ha diseñado e implementado en articulación con la mesa L.G.B.T. la estrategia del Centro de escucha para la promoción y fortalecimiento en derechos de la población, talleres del cuerpo para la reducción de la incidencia de estresores psicosociales en la población, la difusión de derechos civiles de parejas del mismo sexo con la población de la localidad y la vacunación contra la homobitansfobia como estrategia la reducción de la discriminación y los crímenes de odio por identidad de género.

En el ámbito institucional, se encuentra una profesional encargada de levantar una línea de base que proporcione información sobre la situación de calidad de vida, salud y el respeto a los derechos de las personas adultas mayores L.G.B.T.I en las instituciones de protección al adulto mayor. A partir de esto se propone la generación de estrategias que promuevan el respeto al libre desarrollo y expresión de la personalidad y la no discriminación por razones de identidad de género y orientaciones sexuales tanto por parte de los y las cuidadoras como por parte de los y las adultas mayores que se encuentran en estas instituciones. Existe una escasa información por parte del personal institucional quienes emiten su respuesta desde una visión patológica de la diversidad en general y por una visión de la sexualidad en los y las adultas mayores como un hecho no esperado y que genera problemas de difícil solución en la dinámica de la institución. Ante esta respuesta se ha optado por generar estrategias que visibilicen la sexualidad en las y los adultos mayores en términos positivos y la creación de espacios que permitan circular el no saber hacer de la institución en cuanto a las dinámicas que se dan en torno a la sexualidad en los y las adultas mayores.

En cuanto a la pertinencia, coherencia y suficiencia, la localidad reconoce una problemática sensible de no reconocimiento y garantía de derechos de la población L.G.B.T.I, esto sumado a la asociación entre ejercicio de la prostitución y diversidad sexual en el ámbito local. Por tanto, la complejidad de la respuesta se adecua a la realidad de la población en lo local en la que es necesario posicionar aún más la temática L.G.B.T como asunto de ejercicio de derechos más allá de la opción de vida de un grupo específico.

Las respuestas institucionales para población L.G.B.T.I, son coherentes con la territorialización de la Política Pública L.G.B.T.I. Las intervenciones que se realizan desde el Hospital Centro Oriente se encuentran en concordancia con los lineamientos sectoriales de la política en lo que se refiere a

posicionamiento en los escenarios locales de la perspectiva de diversidad. En lo que respecta a las respuestas del Hospital Centro Oriente, se hace necesaria la ampliación a tiempo completo de la intervención en ámbito comunitario tanto de la profesional como de la Gestora Trans por los aspectos que el lineamiento demanda con la población.

4.2.4.4 Núcleo Problemático 4

Alta dependencia económica desempleo y trabajo informal que se asocian a bajos niveles educativos y falta de oportunidades afectando la calidad de vida de los habitantes del territorio 1 y 2 de la localidad los Mártires, generando inestabilidad en el grupo familiar (Expresiones de violencia intrafamiliar y social, que se manifiesta en violencia intrafamiliar, explotación laboral infantil, desnutrición vulnerando los siguientes derechos: trabajo, vivienda, educación, salud, seguridad social, alimentación, nutrición y seguridad económica.

Transversalidad salud y trabajo

Desde las acciones PIC del ámbito laboral se incluyen acciones integrales para la población trabajadora con mayor grado de vulnerabilidad social para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de los y las trabajadoras que componen esta población. De manera específica, se desarrollan acciones de prevención y promoción de la salud focalizados hacia la población dedicada a este tipo de economía informal (plazas de mercado, UTIS - unidades de trabajo informal-, población en situación o condición de desplazamiento y grupos étnicos, desarrollando acciones para la restitución de sus derechos. Se realizan además actividades de formación de líderes de trabajadores pertenecientes a diferentes actividades económicas con respecto a las temáticas que determinan sus condiciones de salud y trabajo, con el propósito de generar procesos de movilización para la garantía y restitución de sus derechos.

De igual manera se incluyen desde este ámbito acciones que se dirigen a la restitución de derechos de la población trabajadora infantil de 5 a 14 años en el que a partir de la identificación, caracterización y seguimiento se busca su desvinculación laboral y su inclusión en programas y proyectos locales que permitan la restitución de sus derechos y que contribuyan a su desarrollo físico, mental y social. Así mismo se desarrollan acciones similares a estas pero dirigidas a la población adolescente trabajadora de 15 a 18 años con el fin de mejorar sus condiciones de trabajo y salud a través de procesos de concertación con empleadores o lograr su desvinculación laboral de aquellas actividades que estén prohibidas por la ley y que presentan condiciones de trabajo nocivas para su salud.

A pesar de que se cumple con la tarea desde salud, la insuficiencia de la oferta de proyectos de productividad que sean de carácter sostenible para permitir un mejor ingreso de las familias inmersas en la problemática de trabajo infantil hace que esta sea una problemática repetitiva.

Otra de las acciones realizadas desde el PIC dando respuesta a el núcleo problemático son; restitución y garantía del derecho a población que por su condición de discapacidad es estigmatizada afectando sus derechos y que de manera puntual se observa en la discriminación que se realiza en el plano laboral no permitiéndoles desarrollar sus capacidades y afectando la percepción de ingresos para la satisfacción de sus necesidades básicas. Es así como desde las intervenciones del ámbito se dirigen acciones que buscan la sensibilización de empleadores de empresas formales con el propósito de garantizar la inclusión de esta población.

Por último, desde gestión local de la salud mediante la estrategia de redes sociales para la salud y el trabajo se desarrollan acciones de dinamización de actores, articulación intersectorial, posicionamiento político, planificación de acciones y comprensión del análisis de las condiciones del trabajo y de la salud en el trabajador informal.

Bajo esta mirada contextual y relacional, se pretende desde el Hospital Centro Oriente comprender los determinantes sociales que afectan las condiciones de calidad de vida y salud del trabajador informal, mediante la identificación de unos núcleos problemáticos priorizados previamente en mesas de trabajo tanto territorial como local. Se reconoce que la inestabilidad económica, es elemento deteriorante de la calidad de vida de las personas, incidiendo no sólo en la calidad de vida de las personas, si no a su vez en la precarización de la pobreza, y el difícil acceso a los bienes tanto de consumo como a los servicios sociales, entre estos educación, vivienda, agua potable, recreación y cultura entre otros. Sin embargo, la respuesta desde el sector salud apunta a atender las necesidades del trabajador informal específicamente en el tema de salud ocupacional, lo que es necesario posicionar, no obstante a las intervenciones desarrolladas por la transversalidad se desarrollan acciones de articulación y gestión transectorial a fin de solventar las necesidades que en materia de generación de ingresos, productividad y emprendimiento son necesidades de la población trabajadora sin que esta sea competencia directa del sector salud. Por lo tanto, no es pertinente del sector salud de forma directa atender las necesidades en materia de desarrollo económico, pero sí de dinamizar acciones de articulación transectorial para que otros sectores atiendan esta necesidad.

Las respuestas institucionales para el trabajador informal, son coherentes con las necesidades en materia de seguridad social desde las acciones PIC y atención en salud con las y los trabajadores informales capacitados dentro del sistema de salud con el Hospital Centro Oriente. Por otro lado en relación al marco de la política distrital de salud se desarrollan acciones en coherencia a la implementación de acciones para disminuir y/o erradicar el trabajo infantil, protección del joven trabajador y trabajo digno a través de acciones de articulación, posicionamiento y dinamización transectorial a fin de generar respuestas a las necesidades de la población trabajadora.

La respuesta institucional desde el tema de seguridad social en salud para el trabajador informal no es suficiente, ya que el sistema POS no atiende las ATEP (accidentes de trabajo y enfermedades de sitio de trabajo) ya que estos se encuentran excluido de los paquetes de atención en salud, por lo tanto no es posible dar atención a esta necesidad específica¹¹⁹

Seguridad alimentaria y nutricional (SAN)

Teniendo en cuenta las dificultades que giran en torno a los ingresos de las familias y entre las que se destaca el desempleo y bajo ingreso económico está relacionada con el acceso de los alimentos el cual es determinado por el poder adquisitivo de los hogares, desde gestión local, se realiza un trabajo frente a las líneas de acción de disponibilidad de alimentos, en donde se involucra la oferta y acceso a los alimentos, a través de la disposición de recursos para obtenerlos, el consumo de los alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales para las etapas de ciclo vital. El componente de gestión local, con la intervención de la transversalidad le permite al sector salud avanzar y contribuir en la implementación de la Política Pública Distrital de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá D.C. 2007 -2015 y especialmente el Plan local de SAN 2008-2012.; mediante un ejercicio, permanente de movilización de actores sociales públicos y privados, institucionales y comunitarios por la garantía del derecho humano a la alimentación en la localidad.

El Hospital da respuesta a las problemáticas, con cada una de las intervenciones que se realizan en los diferentes ámbitos y componentes, es así, como desde el componente de vigilancia epidemiológica se desarrollan las actividades del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN). Desde SISVAN se deben realizar aproximadamente 20 visitas iniciales a la población objeto de intervención y de acuerdo con los resultados obtenidos se programan las visitas de control a las gestantes, recién nacidos y niñas y niños menores de 10 años.

¹¹⁹ Hospital Centro Oriente. Transversalidad salud y trabajo. Documento de análisis contextual a partir de los núcleos problemáticos priorizados. 2010

En el año 2010 se han presentado inconvenientes con este proceso tenido en cuenta que no se ha contado con un profesional de continuidad y que no se ha contado con información de indicadores de situación nutricional en los niños y niñas menores de 10 años, mujeres lactantes y recién nacidos con bajo peso. La respuesta para el 2010 no ha sido pertinente teniendo en cuenta que solo hasta el mes de diciembre se obtuvo la información del diagnóstico nutricional de los niños y niñas menores de 10 años y gestantes del primer semestre de la localidad de Mártires, por lo tanto no se han podido realizar las socializaciones y la gestión para articular con las diferentes acciones en SAN.

En el ámbito IPS, desde la intervención de estrategias de promoción y protección de la salud materna e infantil, se realizan un conjunto de acciones integradas, orientadas a fortalecer la gestión institucional y las habilidades del talento humano, en el marco de las estrategias AIEPI-IAMI- IAFI – ERA, a fin de contribuir a garantizar la atención con calidad y calidez de la población materna e infantil en las instituciones de salud de la red adscrita.

Las estrategias de atención integrada a enfermedades prevalentes en la infancia - AIEPI y de promoción y protección de la práctica de la lactancia materna, desde el componente Institucional, contribuyen a su vez, al logro de los objetivos propuestos en el ámbito debido a que en su construcción conceptual y metodológica contempla factores y prácticas promocionales y protectoras de la salud infantil, orientando a nivel institucional, escolar, comunitario y familiar, la forma de brindar la mejor atención a las enfermedades prevalentes de la infancia, centrando la atención no solo en la enfermedad actual sino en el niño y la niña como sujeto de derechos y su entorno familiar, buscando contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población infantil de la localidad.

Desde el ámbito escolar, se realizan las acciones de promoción de prácticas de alimentación saludable y de actividad física en el marco de la diversidad cultural y el reconocimiento de la autonomía de la población del Distrito Capital en todas las etapas del ciclo vital humano; hace parte de los propósitos de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Bogotá D.C. 2007-2015. Esta intervención se viene realizando en las instituciones educativas distritales desde el año 2006; teniendo un alcance integral en la comunidad educativa (padres, docentes, niños y niñas y operadores de las tiendas escolares entre otros).

Para el 2010 se buscó mantener el cubrimiento en los colegios y fortalecer el trabajo con los operadores de las tiendas escolares con el fin de mejorar la oferta de alimentos en el ámbito escolar y promover una alimentación saludable. De igual forma se espera lograr una articulación operativa trabajando con nodos o procesos integradores. Es así como la actividad física, la suplementación con micronutrientes, la promoción de la alimentación saludable y la vigilancia nutricional en colegios centinela se integra en el nodo de prácticas de cuidado cotidiano. La presente intervención pretende contribuir a mejorar las prácticas de alimentación saludable, actividad física y el estado nutricional de la población perteneciente al primer y segundo ciclo, a través del desarrollo de acciones educativas permanentes con la comunidad escolar, cuyo propósito es el de contribuir en la disminución de la prevalencia de deficiencia de hierro y anemia en el ámbito escolar, mediante la desparasitación y suplementación con hierro a los niños y niñas menores de 14 años, con el fin de mejorar su estado nutricional y capacidad de aprendizaje. En este proceso falta lograr el reconocimiento de la importancia de la suplementación con micronutrientes por parte de los padres de los niños que estudian en estas instituciones, además se considera que este proceso debe llevar una evaluación clínica a través de exámenes de laboratorio que permita conocer la condición de salud de los menores que son intervenidos. Al realizar la revisión del proceso se observa que se cumplen las metas pedidas por secretaria distrital de salud, pero se sabe que no se tiene en cuenta toda la comunidad escolar ya que los colegios y jardines privados de la localidad no son incluidos en la comunidad objetivo.¹²⁰

¹²⁰ Hospital Centro Oriente. Documento respuestas transversalidad de salud en seguridad alimentaria y

4.2.4.5 Núcleo Problemático 5

Barreras de acceso administrativas y físicas en los servicios de salud para las personas que habitan en los territorios 1 y 2, lo cual puede incidir en la presencia de eventos de salud prevenibles en todas las etapas de ciclo vital, vulnerando el derecho a la salud.

En cuanto a las barreras de acceso físicas y administrativas a los servicios sociales; se ha identificado que afectan principalmente a la población del territorio social 1 y en los barrios El Listón, La Estanzuela, La Favorita, La Florida, La Pepita, La Sabana, Paloquemao, Panamericano, Ricaurte, Samper Mendoza, Santa Fe, San Victorino y Voto Nacional. El Hospital Centro Oriente adelanta acciones relacionadas con la inducción a la demanda, canalizaciones a los servicios y asesoría y asistencia técnica en las sedes asistenciales, abordando a los diferentes actores de la prestación de los servicios, sensibilizando frente a la disminución de las barreras de acceso a los servicios, enfoque diferencial y humanización. Esta respuesta es coherente y pertinente, mas no es suficiente para toda la población que requiere del servicio eficiente y oportuno.

Desde la transversalidad Población L.G.B.T.I

Desde el nivel local se encuentran intervenciones en los diferentes componentes de salud pública, que tienen el objetivo de generar procesos para la promoción de la salud plena de las personas L.G.B.T. en los territorios sociales así:

La intervención en Ámbito IPS surge de la lectura de necesidades del año 2009 en donde se evidenció en el conjunto de la red pública de hospitales un desconocimiento por parte del personal médico de las particularidades que en salud sexual y reproductiva tienen las personas L.G.B.T.I, en razón de sus prácticas sexuales en unos casos y de las transformaciones que a nivel físico y corporal implica el tránsito de identidad de género. La intervención del componente de identidades de género y orientaciones sexuales en el ámbito I.P.S. actúa a nivel de sub-red de hospitales, en este caso cubre los hospitales de Rafael Uribe, San Cristóbal y Centro Oriente y tiene como función principal, sensibilizar al personal tanto médico como de otros servicios de las sedes asistenciales para humanizar la atención en todas las sedes que se brinda a las personas con identidades de género u orientaciones sexuales diversas. Así mismo, se busca incluir la variable poblacional L.G.B.T.I en los protocolos de eventos prioritarios en salud (abuso y maltrato, salud sexual y reproductiva), así como la creación de protocolos específicos en salud para personas L.G.B.T. (hormonización, transformaciones corporales), violencias basadas en identidades de género u orientaciones sexuales.

Si bien desde el ámbito I.P.S. se han adelantado acciones de sensibilización al personal médico de las diferentes sedes del hospital con el objetivo de humanizar los servicios en salud para población L.G.B.T.I, se hace necesaria la formación específica para los y las profesionales del POS en cuanto a las necesidades particulares de la población LGBTI, tanto en Salud Sexual y Reproductiva como en una mirada diferencial en salud mental.

Las respuestas institucionales para población L.G.B.T.I, son coherentes con la territorialización de la Política Pública L.G.B.T. Las intervenciones que se realizan desde el Hospital Centro Oriente se encuentran en concordancia con los lineamientos sectoriales de la política en lo que se refiere a aseguramiento en salud, revisión y adecuación de rutas y atención en salud. No obstante, la complejidad de la respuesta se adecua a la realidad de la población en lo local en la que es necesario posicionar aún más la temática L.G.B.T.I como asunto de ejercicio de derechos más allá de la opción de vida de un grupo específico.

Programa Ampliado de Inmunización

El Programa Ampliado de Inmunización - PAI -, tiene a cargo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles. El resultado de una acción conjunta de las Naciones del mundo que requiere de alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles a la población menor de 5 años.¹²¹

La ESE Centro Oriente ha desarrollado diferentes estrategias para lograr las cobertura en vacunación establecidas a nivel distrital donde se debería tener un cumplimiento del 95 por ciento anual y un 47,5 en el primer semestre del 2010, lo cual no se logró (como se observa en las tablas 6 y 7) debido a que las IPS privadas con las que contaba la red de PAI del Hospital han disminuido desde el año 2008, a esto se suma que en el año 2009 la IPS privada Saludcoop se trasladó a Rafael Uribe quien aportaba a la meta total el 37%.

Tabla 33. Cobertura de vacunación (3º dosis de polio).Localidad los Martires.2008- I semestre 2010

| Año | Cobertura | Meta Distrital |
|------------|-----------|----------------|
| 2008 | 96.1 | 95% |
| 2009 | 82 | |
| I Sem 2010 | 34.7 | |

Fuente plan de ampliado de inmunizaciones año 2010

Entre las causas de la baja cobertura de vacunación se encuentra que la población corresponde a proyecciones del censo de 1993, por lo tanto no se tiene en cuenta los datos de nacido vivo para el cálculo de las coberturas en población menor de un año, la negligencia de los padres, la no autorización para vacunar a niños y las niñas y las falsas creencias que inciden en la iniciación y/o culminación de los esquemas.

Tabla 34. Coberturas de vacunación triple viral. Localidad los Mártires Bogotá, D.C, 2009- I semestre 2010

| Año | Cobertura | Meta Distrital |
|------------|-----------|----------------|
| 2008 | 96.1 | 95% |
| 2009 | 82 | |
| I Sem 2010 | 34.7 | |

Fuente plan de ampliado de inmunizaciones año 2010

Con el fin de mejorar la situación en la vacunación de los niños se han implementando una serie de acciones desde la ESE como seguimientos a la cohorte de recién nacidos que se realiza en todos los puntos de vacunación con los que cuenta la institución, a través de llamadas telefónicas

121 <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/> Norma técnica para la vacunación según PAI. Noviembre 13 2010

logrando así que los menores de un año no se pierdan y completen el esquema y la articulación con la estrategia APS, Salud al colegio, Participación Social y el resto de ámbitos, las estrategias de Inducción a la demanda realizada en las sedes asistenciales por parte de todos los servicios al PAI.

Población Etapa Ciclo Vital Juventud

Dentro de las estrategias desarrolladas por el Hospital Centro Oriente, para tratar la salud sexual y reproductiva en la población adolescente y joven, se desarrolla la implementación de los Servicios Amigables para Jóvenes, en las tres localidades, se construyen las rutas de acceso a los servicios de salud y la historia clínica exclusiva para la población juvenil.

4.2.4.6 Núcleo Problemático 6

Entornos físicos y de hábitat insalubres causados por uso incorrecto del espacio público, presencia de habitante de calle, consumo de sustancia psicoactivas, mal manejo de mascotas, inadecuado manejo de residuos sólidos y viviendas en condición de riesgo, generan en los y las habitantes del territorio social dos, especialmente en los barrios Santa Isabel y Eduardo Santos deterioro de la calidad de vida vulnerando el derecho a disfrutar de un ambiente sano.

Desde la transversalidad de Ambiente y Salud, se desarrollan diferentes acciones encaminadas a mejorar las condiciones de salud y propiciar un ambiente sano a la comunidad del territorio social 2, entre dichas acciones se encuentran las intervenciones desde la Estrategia de Entornos Saludables, que promueve la salud sanitaria y ambiental al interior de la vivienda, la familia, el individuo y su entorno, también desarrolla acciones de prevención y promoción a través de los planes de intervención en los distintos niveles del sector institucional y local por medio de la articulación de acciones a favor de la Salud Ambiental.

Así mismo, se ha logrado posicionar en los espacios de participación del Componente a nivel micro territorial temas como: manejo adecuado de residuos sólidos, tenencia adecuada de Mascotas en el hogar, prevención control y manejo de plagas, higiene en la vivienda y los entornos comunitarios, manejo adecuado de aguas recicladas de lavadora y aguas lluvias, pediculosis prevención, tratamiento y cuidado, riesgos en la vivienda, a través de jornadas de capacitación. En espacios como núcleos de gestión, se ha realizado articulación institucional con Aseo Capital y el Hospital Centro Oriente (GESA, PIES, ECOS) para jornadas de sensibilización a la comunidad por los hábitos inadecuados para el manejo de los residuos sólidos. Se han realizado intervenciones en viviendas, dando educación frente a la distribución para el aprovechamiento de espacio al interior del hogar a través de brigadas de vivienda saludable y en caso de infraestructura inadecuada se han realizado las remisiones respectivas al DPAE para la reubicación de viviendas en riesgo.

Desde la Línea de Intervención de Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico, se llevan a cabo actividades de capacitación, en las cuales se hace énfasis en la tenencia adecuada de mascotas, prevención y control de enfermedades zoonóticas con énfasis en la Rabia, todo esto con el fin de lograr cambios positivos en las personas capacitadas y de esta manera seguir trabajando por la prevención de los riesgos en Salud Pública.

4.2.4.7 Núcleo Problemático 7

Restricciones individuales, culturales y de oferta para el disfrute del ocio recreativo de los y las habitantes en los territorios sociales 1 y 2, lo cual incide en baja participación, deserción de las actividades y por ende poca práctica de actividad física en la población, aumentando el riesgo a eventos de salud prevenibles

Desde la transversalidad de actividad física

Desde la gestión local institucional se ha fortalecido el proceso de Propuesta para la promoción de la actividad física en la localidad, como espacio de participación intersectorial y comunitaria, para la promoción de la actividad física, la recreación y el deporte y por lo tanto como coadyuvante para satisfacer múltiples necesidades para el mejoramiento de calidad de vida. En la revisión de acciones realizadas que apunten a el mejoramiento de calidad de vida de las personas en los territorios 1 y 2 de Mártires se tienen en cuenta los diversos ámbitos de la vida cotidiana de las personas en todas las etapas de ciclo vital; para el ámbito comunitario con el programa “Tú vales” en el fortalecimiento y promoción de hábitos de vida saludable por medio de la promoción de la actividad física, la alimentación saludable, lidera cambios y la liberación de los espacios del humo del cigarrillo; y con el programa “Muévete comunidad” se ha buscado generar acciones propuestas desde la comunidad para promover, promocionar y movilizar la actividad física, identificando líderes promotores de la actividad física en los diferentes territorios. En el ámbito escolar se desarrolla una actividad denominada “Fortalecimiento a la Actividad Física en la Escuela”, que tiene como objetivo fortalecer la práctica de la actividad física dentro de los colegios distritales de la localidad de influencia del Hospital Centro Oriente, con 18 sedes que realiza diferentes acciones en las diferentes jornadas de mañana y tarde, a docentes, alumnos y padres de familia; distribuidos en los 2 territorios sociales de GSI.

Desde la gestión local se busca promover los espacios de ajuste al plan de acción construido intersectorialmente en el año 2009 y su articulación con la política de deporte, recreación, actividad física y escenarios para los años 2009 al 2019, también fortalecimiento de la gestión de manera intersectorial con la Secretaria de Cultura Recreación y Deporte (SCRD) y el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) como entidades ejecutoras de acciones, identificando actores líderes para la promoción de la actividad física y junto con el IDRD reactivación del consejo local de deportes de la localidad.

Si se realiza un análisis de la respuesta que se da para la actividad física desde el hospital Centro Oriente se evidencia que es insuficiente, y no depende de un solo sector; sin embargo, al buscar la integralidad de las acciones y la articulación con otras instituciones y otros sectores se puede avanzar en las respuestas a los núcleos problemáticos que se manifiestan en la localidad y que tiene que ver con la actividad física, la recreación y el deporte para todas las etapas de ciclo.¹²²

4.3 Respuesta Intersectorial

Es importante mencionar que la articulación para la respuesta local se lleva a cabo a través de los Comités, Consejos, Redes y Mesas Locales, que en la actualidad funcionan dentro de la localidad de los Mártires: desde el componente de Gestión Local de la Salud se realiza todo el trabajo intersectorial teniendo en cuenta las características territoriales, ya que cada cual presenta una problemática y dinámicas propias y la lectura de necesidades se traduce en acciones integrales, gracias a la abogacía que realiza este equipo en cada uno de los espacios locales gracias a la concertación de Agendas Sociales. Este componente está conformado por:

4.3.1 Consejos Locales de Gobierno

Instancia normalizada por el decreto 682 de 2001; decreto 098 de 2002 en el nivel Distrital; es el espacio para la coordinación de las acciones y funciones de las entidades distritales en la Localidad, sirviendo como mecanismo para la consolidación de la institucionalización local en los niveles central y descentralizado del Distrito. Se reúne una vez al mes siendo liderado por el alcalde local; entre sus funciones están: la asesoría y apoyo técnico a los gobernantes locales para facilitar la

toma de decisiones, apoyar la identificación de problemas y proponer soluciones en el marco del Plan de Desarrollo, proponer estrategias de intervención conjunta con las entidades distritales para la solución de los problemas locales.

Durante 2010 se trabajaron las estrategias desde la acción - participación con el fin de mejorar el ejercicio ciudadano, en la localidad los mártires, el posicionamiento y liderazgo político del alcalde local a través del consejo local de gobierno, es de resaltar, dado que este compromiso ha permitido que en la localidad se reconozca, adopte y apoye la implementación de la estrategia de gestión social integral. Los resultados hasta ahora alcanzados, nos permiten garantizar que el proceso local, ha sido coherente con la ruta de la GSI.

4.3.2 Consejo de Planeación Local

Creado en el marco del acuerdo Distrital número 13 de 2000, como instancia consultiva de planeación, para que junto a la Alcaldía Local y la Junta Administradora Local trace las políticas locales que correspondan al plan de desarrollo local. El consejo tiene una periodicidad de vida de 4 años, igual al término del plan de desarrollo distrital; tiene representación de las diferentes organizaciones sociales locales, se conforman por delegados de aso juntas, jóvenes, comerciantes, industriales, organizaciones no gubernamentales, rectores y representantes de asociaciones de padres de familia de establecimientos educativos, establecimientos de salud, consejo tutelar y comunidad étnica. El acuerdo 13 de 2000, establece como funciones de este: diagnosticar y priorizar las necesidades de la localidad, orientar las soluciones a las problemáticas de la localidad, organizar encuentros ciudadanos y garantizar la participación ciudadana, conformación y coordinación de mesas de trabajo alrededor de la ejecución y evaluación del plan de desarrollo, establecer el banco de proyectos locales, actuar como secretario técnico del Consejo.

4.3.3 Consejo Tutelar

Los Consejos Tutelares de los derechos de los niños y de las niñas creados bajo el decreto 110 de 2003: son organizaciones de carácter cívico y comunitario, que promueven la defensa de los derechos de la niñez, mediante la participación, concertación, control social y vigilancia, a través de acciones solidarias de la familia, la sociedad y las autoridades e instituciones locales. Los actores sociales que se vinculan al proceso del consejo, son las diferentes instancias, instituciones y redes que trabajan los temas relacionados con la política de niñez.

En cada localidad toman parte: la red del buen trato, el comité de derechos humanos, el COPACO, el consejo de planeación y el consejo de prevención del abuso y maltrato. Su proceso de vida se da por ciclos dependiendo de cada plan de desarrollo, es decir cada 4 años.

4.3.4 Junta Administradora Local

La Junta Administradora Local es una corporación pública de elección popular que se constituye en el máximo ente de representación política a nivel local. Es elegida popularmente en cada localidad por periodos de 4 años, la localidad cuenta con siete ediles. Esta Junta es la encargada, junto con el alcalde, de administrar los recursos de la localidad de acuerdo con el plan de desarrollo, el cual se elabora en forma participativa; le sirve a la comunidad para que coordine el inventario de necesidades y junto con ella elabore un plan de desarrollo, priorizando las necesidades básicas que no han sido satisfechas y junto con el alcalde local acuerden un plan de inversión, de acuerdo a los recursos que cada año el nivel central le asigna a la localidad, cuenta con funciones como: adoptar el plan de desarrollo acordado con la comunidad, vigilar que los servicios públicos sean prestados eficaz y puntualmente presentar proyectos de inversión al gobierno distrital y al gobierno nacional, aprobar el presupuesto anual al fondo de desarrollo local, previo concepto del concejo distrital de política económica y fiscal, preservar y hacer respetar el espacio público, promover las veedurías, la participación ciudadana y comunitaria.

4.3.5 Consejo Local de Política Social de (CLOPS)

El Comité Local de Política Social es una instancia de coordinación transinstitucional en el ámbito local; encaminada a proponer, diseñar y desarrollar las estrategias de política social tendientes a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la localidad, priorizando la población en situación de vulnerabilidad, mediante la coordinación, estudio, orientación y asesoría de las propuestas de origen institucional y comunitario.

Dentro de las funciones del Consejo local de política social están formular y priorizar propuestas de políticas públicas sociales para el ámbito local, en relación a los territorios, temas o grupos poblacionales sobre los que se centra su acción, coordinar las acciones de las entidades públicas del sector social con presencia local, facilitando el funcionamiento como sistema entre las entidades, alrededor de la definición de objetivos colectivos y de desarrollo social, evaluar la situación local y efectuar las recomendaciones y solicitudes que considere oportunas, articular los consejos, comités y redes que operan en materia social en la localidad y contextualizar la acción política social Distrital en el tiempo y en el territorio, favoreciendo la organización de los diferentes actores sociales, promover la solidaridad y la corresponsabilidad del sector privado y el tercer sector, coordinado con el Consejo de planeación y el consejo de gobierno local.

4.3.6 Comité Operativo Local de Infancia, Familia y Juventud

Funciona en la localidad desde el CLOPS sobre el Decreto 001/10, con una reunión mensual los segundos martes del mes de 8 a 12, y tiene como funciones la actualización de los diagnósticos locales, la coordinación de actores sociales, la unificación de la información actual, el estudio, seguimiento y evaluación de las políticas públicas y la recomendación de su aplicación en lo local, la documentación de sus procesos y resultados y recoger la discusión en lo local de las temáticas poblacionales. Se genera el plan de acción anual para hacer seguimiento y evaluación de las políticas distritales de niños, niñas, adolescentes y jóvenes y lo que se ha avanzado en la construcción de la política de familia. La subdirección local de integración social, tiene a cargo la secretaria técnica y se cuenta con la participación de diferentes instituciones locales, entre las que se resalta, educación, salud (Hospital Centro Oriente), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la comisaría de familia, la red de buen trato, la mesa de trabajo infantil, jardines infantiles de Secretaría de integración social, los convenios de integración social con Sedavida, el centro crecer y centros amar, la asociación cristiana de jóvenes, consejo tutelar, la Alcaldía local, la Secretaría Distrital de Cultura Recreación y Deporte, la Secretaría de hábitat y la policía de infancia y adolescencia.

4.3.7 Comité Local de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)

La resolución de la Alcaldía Mayor de Bogotá No 068 del siete de julio de 2004, en su artículo cinco, establece que el comité Operativo de Seguridad Alimentaria y Nutricional y sus mesas temáticas estarán conformados por los miembros que se indican en el artículo 2 del acuerdo 86 de 2006. Dentro de los miembros se encuentran: Hospital Centro Oriente quien tiene la secretaria técnica, Alcaldía Local, DILE, Secretaria de Integración Social, Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte-IDRD-, IDIPRON, Secretaría de Desarrollo Económico con el programa Bogotá bien alimentada e ICBF entre otros. Este es un espacio de coordinación, planeación y evaluación con participación comunitaria en donde se desarrollan actividades en torno a los 4 Ejes de la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Disponibilidad, acceso Consumo y Aprovechamiento Biológico) para la ejecución del plan de acción del Plan Local de Seguridad Alimentaria y nutricional, una problemática sentida es la débil participación comunitaria en la localidad teniendo en cuenta que se busca en este espacio una respuesta a la problemática de inseguridad alimentaria para mejorar las condiciones de las personas con fragilidad social pues una de estas es por medio de los apoyos alimentarios que ofrecen las diferentes entidades que participan en este espacio local o

con la implementación del plan maestro de alimentos además de los diferentes enfoques que tiene la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional. El comité de SAN busca involucrar el concurso y la participación activa de las diferentes entidades y otros actores que desarrollan o aportan a las acciones en procura de la seguridad alimentaria y nutricional en la localidad.

El Comité de seguridad alimentaria y nutricional es además un espacio a través del cual se promueve y se facilita la coordinación, planeación, toma de decisiones, seguimiento y evaluación de los aspectos relativos a la seguridad y soberanía alimentaria de las comunidades atendidas, teniendo en cuenta la situación de las comunidades inter étnicas el comité de SAN articula sus acciones con la mesa inter étnica con el fin de identificar y hacer relevante el concepto de seguridad alimentaria y nutricional y el de soberanía alimentaria que tienen las comunidades étnicas, que son el foco de atención del Hospital Centro Oriente y de las demás instituciones del orden local que tienen incidencia en la formulación de estrategias para el mejoramiento de su calidad de vida. Se plantearon estrategias de intervención que tienen la potencialidad de superar los problemas, se ha considerado de relevancia, llevar a cabo el análisis de la situación en salud de los grupos étnicos como respuesta integral propuesta para el núcleo problemático de barreras al acceso. De igual manera se logró el diseño de estrategias para la ejecución de eventos locales entorno a la seguridad alimentaria y nutricional tales como el mes de la lactancia materna y la semana mundial de la alimentación en donde se articularon todas las instituciones que hacen parte del comité.

Según los datos arrojados en la valoración nutricional realizada por el software SISVAN analizada por el Hospital Centro Oriente para el año 2010 en la localidad de los Mártires encontramos que el estado nutricional en la población analizada se encuentra de la siguiente manera:

Distribución porcentual por Género:

Gráfico Nº1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN VARIABLE GÉNERO DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN MENOR DE DIEZ AÑOS CAPTURADA POR SISVAN EN LA LOCALIDAD LOS MÁRTIRES AÑO 2010.



Fuente: Base de datos SISVAN -SDS- año 2010.

De la población captada para la valoración nutricional se observa un mayor porcentaje en el género en los masculino de 1950 menores y en las niñas 1597.

Gráfico Nº3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGUN CONDICION DE DESPLAZAMIENTO DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN MENOR DE DIEZ AÑOS CAPTADA POR SISVAN EN LA LOCALIDAD LOS MÁRTIRES AÑO 2010.



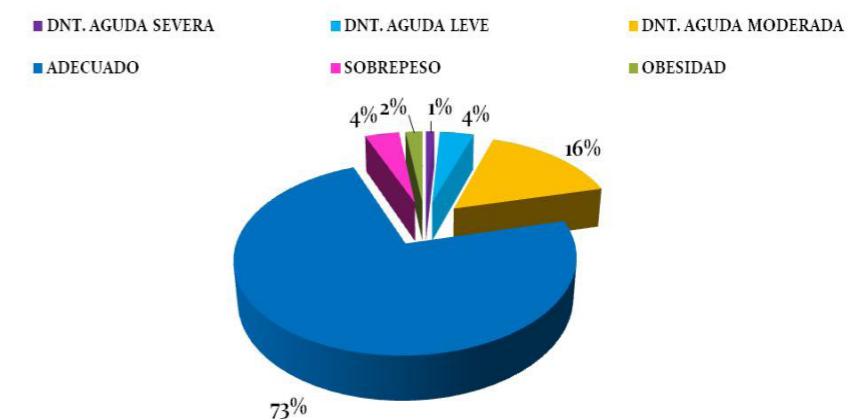
Población en condición de Desplazamiento en los menores de 10 años:
Fuente: Base de datos SISVAN -SDS- año 2010.

Como se observa en la gráfica, contamos con un porcentaje del 1% en los menores en condición de desplazamiento captados por el SISVAN que equivale a 35 niños de la población analizada.

N: 3547

Situación Nutricional de la localidad según los datos valorados y analizados según el Software SISVAN:

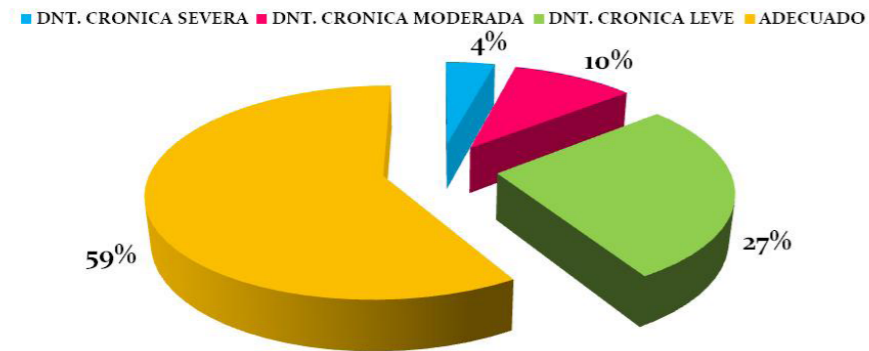
Gráfico Nº5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DNT. AGUDA DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN MENOR DE DIEZ AÑOS CAPTADOS POR SISVAN EN LA LOCALIDAD LOS MÁRTIRES AÑO 2010.



Fuente: Base de datos SISVAN -SDS- año 2010

En la gráfica se define el estado nutricional en cuanto al indicador Peso para la talla en donde el porcentaje que más alteración encontramos es en la desnutrición moderada en un 16% que equivale a 547 niños y niñas analizados

Gráfico N° 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DNT. CRONICA DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN MENOR DE DIEZ AÑOS CAPTADA POR SISVAN EN LA LOCALIDAD LOS MÁRTIRES AÑO 2010.



En esta gráfica se presenta el indicador Talla para la Edad en donde se analiza que la desnutrición crónica se manifiesta en un 40% según su severidad esto es un porcentaje alto se presenta en 1419 niños y niñas de la localidad.

Gráfico N° 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DNT. GLOBAL DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN MENOR DE DIEZ AÑOS CAPTADA POR SISVAN EN LA LOCALIDAD LOS MÁRTIRES AÑO 2010.



Fuente: Base de datos SISVAN -SDS- año 2010

En la gráfica anterior se analiza el indicador Peso para la Edad en donde se ratifica el predominio de la desnutrición en esta localidad en un 37% equivalente a 1312 menores de 10 años según la población analizada durante la vigencia del 2010.

Como conclusión, al análisis de la situación nutricional de los menores canalizados desde el software SISVAN y desde la política de Seguridad Alimentaria y Nutricional en la localidad se cuenta con los programas de apoyo dirigidos desde los diferentes sectores públicos que trabajan en la recuperación de dicha problemática para mejorar la calidad de vida de esta población; de esta

manera se contribuye a su recuperación nutricional. Como se evidencia en el mismo informe el aumento de la lactancia Materna exclusiva en 75% de los 253 menores canalizados en este rango de edad demuestra que las acciones que se vienen adelantando en el fomento de la lactancia materna ha surgido un efecto benéfico para la localidad.

4.3.8 ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

A través de sus programas nutricionales se contribuye a mejorar la alimentación y las condiciones de nutrición de niños y niñas, con edades comprendidas entre los 6 meses a 5 años y 11 meses, pertenecientes a familias del nivel 1 y 2 del Sisben, mediante la entrega de un desayuno que complementa su alimentación diaria.

El programa de apoyo alimentario del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, busca contribuir a la recuperación nutricional de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición moderada o severa y con patología agregada que se encuentran hospitalizados en organismos de salud (Empresas Solidarias del Estado (ESE), EPS, IPS), concurriendo con la participación del Estado como garante de los derechos de la niñez, la familia como responsable directo de la atención al niño o la niña y la sociedad como corresponsable. Contribuir en la atención nutricional a pacientes con VIH, TBC y Cáncer que estén siendo atendidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en la localidad de Los Mártires, se cuenta con 1 Unidad de atención / 200 beneficiarios, otros de los programas del ICBF es apoyar a las familias en desarrollo que tienen mujeres gestantes, madres lactantes y niños y niñas menores de dos años, en la cualificación de las relaciones intrafamiliares y el fortalecimiento de vínculos afectivos, para que apoyen el desarrollo de los niños y niñas desde su gestación, vinculando además a otros adultos para que participen de la crianza de los niños. Para este programa en la localidad existen 11 Unidades de atención / 264 beneficiarios otro de los objetivos de los programas de apoyo alimentario es mejorar el consumo y aprovechamiento biológico de alimentos a niños entre seis meses y cinco años once meses de edad, de los niveles 1 y 2 del SISBEN se cuentan con 4 Unidades de Atención / 1240 beneficiarios

De igual manera se realizan talleres de formación a través de la realización de acciones formativas, de promoción, de prevención y atención en salud, con la participación activa de la familia, la comunidad y entes territoriales.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar busca, a través de la implantación de sus programas, la recuperación y restitución de los derechos además de la protección de los derechos de los niños y niñas en condición de vulnerabilidad.

4.3.9 IDIPRON

En sus programas también incluye un componente en pro de la seguridad alimentaria y nutricional el cual busca favorecer el desarrollo Nutricional y Alimentario pleno y sano de nuestra población beneficiada contribuyendo en mejorar su estado de nutrición y salud mediante una alimentación balanceada e inocua y la promoción y desarrollo de estrategias y actividades de educación nutricional, buenas prácticas de manufactura, vigilancia nutricional, suplementación con micronutrientes fomentando la participación de nuestros beneficiarios que le permitan desarrollarse de manera integral y social y mejorar así su calidad de vida. Su principal objetivo es consolidar el área de nutrición y alimentación como dependencia del IDIPRON con reconocimiento interno y externo, líder en la promoción de una mejor calidad de vida brindando a la población beneficiada de nuestros programas estrategias que le permitan buscar nuevas alternativas en alimentación y nutrición mediante el fomento de la investigación como elemento esencial en el quehacer de la intervención de nutrición, a través de la unidad de trabajo y población beneficiada, UPI Liberia se beneficiaron (49) beneficiarios y desde la UPI la 12 (59) beneficiarios así, como, a través del comedor institucional la rioja se beneficia en promedio diario a (1316) usuarios.

4.3.10 Secretaría de Integración Social

Los Comedores Comunitarios son espacios físicos y sociales en el que se propicia la inclusión social de personas, familias y poblaciones en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social, se suministra alimentación servida y se realizan otras actividades de participación social y comunitaria, cuenta con 2056 beneficiarios. Este programa está dirigido a niños, niñas y adolescentes, personas en condición de discapacidad, familias indígenas mujeres y madres lactantes y familias en situación de emergencia, de la localidad de Mártires.

El servicio de Canastas Complementarias se dirige a territorios y/o poblaciones o familias que debido a circunstancias especiales como dispersión territorial, inexistencia o bajo nivel de calidad de la infraestructura sanitaria, características culturales y/o étnicas requieren que la prestación del servicio se haga de forma diferente a la de Comedor Comunitario, población beneficiada 100 personas.

Bono Complementario a Mujeres Gestantes y Lactantes: estos bonos son entregados especialmente a mujeres gestantes y lactantes con gestación única para el apoyo nutricional, a mujeres gestantes y lactantes con gestación múltiple para el apoyo nutricional, a mujer gestante con bajo peso y a las madres con hijos, hijas nacidas con bajo peso, población beneficiada 200 personas.

4.3.11 Consejo Local de Discapacidad

En el Consejo Local de Discapacidad se busca la articulación de acciones en torno a la inclusión social y restitución de derechos vulnerados de las personas con discapacidad. Como funciones tiene: brindar la asesoría y concepto técnico a las autoridades locales en la formulación de programas, planes y proyectos a favor de las personas con discapacidad de la localidad los mártires; un representante del consejo local de discapacidad hace parte del comité técnico del banco de ayudas técnicas con el fin de aportar a la selección de candidatos para el otorgamiento de ayudas técnicas.

Dentro de los actores sociales que conforman el Consejo están: Hospital Centro Oriente, Alcaldía Local, Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal-IDPAC-, 1 representante por cada tipo de discapacidad, IDRD, secretaria local de integración social, comité técnico, secretaria de movilidad, entre otros.

En el marco de la política pública distrital de discapacidad y su compromiso con la garantía de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras, la normatividad vigente y demás disposiciones nacionales e internacionales, la gestión del Consejo Local de Discapacidad (CLD) incide de manera fundamental en la gestión social en el territorio, como un proceso necesario para su transformación hacia la prevención de la discapacidad, la promoción de la autonomía personal, social y política de las personas con discapacidad y su inclusión social. Es entonces un sistema organizado de personas y/o instituciones, abiertas, democráticas y participativas que articulan experiencias, conocimientos; servicios y programas; disciplinas, funciones y competencias; recursos y esfuerzos de diferentes sectores con el fin de concretar mecanismos de respuesta a la solución a problemas o necesidades de la población y la construcción de la transectorialidad para dar respuestas en todos los ámbitos y aspectos que permitan cerrar brechas en los ciclos de vida y en relación con el desarrollo de la autonomía¹²³.

Las acciones son pertinentes, se busca facilitar los procesos por el bien de la comunidad y respetar la política pública y a su vez implementar la RBC en la comunidad, buscando facilitar proyectos que beneficien a la población con discapacidad, son coherentes en el marco de la política pública y en el acuerdo 137 ya

¹²³ Acuerdo 137 de 2004, "Por medio del cual se establece el Sistema Distrital de Atención Integral de Personas en condición de discapacidad en el Distrito Capital y se modifica el Acuerdo 022 de 1999"

que busca mejorar la calidad de vida y hacer uso de la autonomía, la respuesta no es suficiente ya que en la dinámica del consejo en ocasiones se antepone intereses personales por parte de los consejeros y no se cuenta con un rubro preestablecido que facilite las acciones a desarrollar por la comunidad.

De igual manera, a partir de la presente vigencia, dando respuesta al decreto distrital 460 del 23 de diciembre de 2008 y al decreto local 003/27 de mayo de 2011 se consolida el comité técnico de las personas con discapacidad con el fin de apoyar las acciones del Consejo local de discapacidad a nivel operativo. Así mismo se crea un plan operativo conjunto que de cuanta de las acciones a desarrollar sin perder el objetivo de cada instancia ya que la mayoría de los representantes tanto institucionales como comunitarios se comparten; Así, se busca integrar acciones y aportar al mejoramiento de la calidad de vida y salud de las personas con discapacidad.

Desde la transversalidad de Discapacidad

Las acciones que desde la transversalidad de discapacidad se realizan, están fundamentadas en la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) la cual determina acciones específicas en cada uno de los ámbitos de vida cotidiana con el fin de mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas con discapacidad de la localidad Los Mártires.

La Rehabilitación basada en Comunidad comprende el conjunto de acciones o intervenciones que buscan el desarrollo social de las personas con discapacidad y su reconocimiento como ciudadanos autónomos capaces de tomar decisiones e influir en la construcción social a través de la oportuna entrega de servicios, promoción de la equiparación de oportunidades y protección de los derechos humanos.¹²⁴ Así mismo, se considera que la estrategia involucra a la persona con discapacidad, la familia y la comunidad y requiere del trabajo en red de los diferentes sectores e instituciones públicas, privadas y ONG, entre otros.

Según lo anterior, la evaluación de las acciones se realizara teniendo en cuenta su cobertura, pertinencia, coherencia y suficiencia de cada una de las acciones desarrolladas bajo los lineamientos de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad a la luz de los núcleos problemáticos y variables como la etapa de ciclo vital y su territorialización.

Ámbito Familiar

Desde el ámbito familiar¹²⁵ y bajo los principios de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, el Hospital Centro Oriente realiza asesorías domiciliarias a los núcleos familiares que cuentan con una o más personas con discapacidad. Se parte del reconocimiento de las condiciones de vida, estructura y dinámica funcional de la familia, se construyen respuestas integrales en salud, con el fin de garantizar, promover y restituir la autonomía tanto de la persona con discapacidad como del colectivo familiar.¹²⁶ Durante el año 2010 se identificó a 250 usuarios con discapacidad y sus familias.

Con respecto a los cuidadores, se evidencia que 80% de las personas asesoradas tiene cuidador y estas son mujeres. Las características socio demográficas de las personas con discapacidad (PCD) identificadas y caracterizadas desde el ámbito familiar son similares a los resultados del Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad 2007; esta circunstancia permite

¹²⁴ Secretaria Distrital de Salud, Cuaderno de Discapacidad y Rehabilitación Basada en Comunidad, Bogotá, D.C., 2008.

¹²⁵ El ámbito familiar se define como el espacio social de vida cotidiana, un espacio de formación de sujeto de derechos y una expresión de organización social con funciones primordiales, así como, escenario fundamental de humanización y socialización del ser humano, con capacidad para transformarse, transformar su entorno y la sociedad de la que hace parte.

¹²⁶ En 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud de la familia como un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de esta, como unidad bio-psico-social en el contexto de una cultura y sociedad y desde entonces quedó aclarado que es un concepto que trasciende el estado físico y mental de sus miembros y se refiere al ambiente sano para el desarrollo natural de los que viven en su seno. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_4_05/spu11405.htm / Organización Mundial Salud., Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra, 1976 .p.30-3. (Serie de Informes Técnicos; No. 587).

determinar que las problemáticas de esta población son significativas y requieren de un fuerte trabajo transectorial, que permita la superación de su alto nivel de vulnerabilidad social.

Las acciones desarrolladas desde el ámbito familiar son pertinentes para la superación de algunas barreras de acceso al sistema de salud, así como, en el empoderamiento y la exigibilidad de sus derechos en salud y demás servicios sociales, este es uno de los ámbitos que más focaliza población y canaliza a otros proyectos y programas que brindan atención a esta población. Del mismo modo, la respuesta es coherente ya que permite contrarrestar las principales problemáticas que presenta la PCD, como es el caso del bajo acceso a los servicios de salud, por barreras físicas, actitudinales y de procedimiento en la prestación de los servicios de salud. De igual forma, fortalece los procesos de autogestión y el desarrollo de hábitos y conductas de auto cuidado.

Desde el ámbito familiar se identifica la necesidad de retomar núcleos familiares que en vigencias pasadas ya habían sido beneficiados por la estrategia desde las asesorías domiciliarias, ya que permite fortalecer y realizar seguimiento a las acciones y enseñanzas de empoderamiento, autogestión y hábitos de auto cuidado, sin embargo, esta intervención no está estipulada en los lineamientos de SDS, por lo contrario, determina que no se debe realizar un nuevo proceso antes de 5 años y sin que la persona haya cambiado de etapa de ciclo.

Ámbito IPS

Desde el ámbito de IPS127, se desarrollan acciones que apuntan a la formación del personal de la institución prestadora de servicios de salud en temas como discapacidad, política pública, derechos humanos, prestación de servicios con calidad y calidez a personas con discapacidad. De igual forma, se realiza asesoría en el mejoramiento de la infraestructura y facilitar el acceso físico a los servicios de salud de la población. El propósito es garantizar el derecho a la salud, de todas las personas con discapacidad con calidad y calidez, bajo el marco del reconocimiento de la diversidad humana.

En este espacio interactúan aseguradores, trabajadores de la salud, familias y población usuaria de servicios en rehabilitación orientada a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud del individuo, familia y comunidad y la calidad y calidez de sus servicios.

Para el año 2010 fueron intervenidas Méderi, Hospital San José, Perseverancia y Lafayette. Se realizan actividades de sensibilización para el fortalecimiento y el desarrollo de la estrategia de IPS amigas de la discapacidad y sus familias, asesoría técnica en procesos de inducción y reinducción, desarrollo y fortalecimiento en temas de implementación de política pública de discapacidad y la estrategia de rehabilitación basada en comunidad.

Las acciones desarrolladas desde el ámbito IPS son pertinentes ya que permite la sensibilización y transformación de imaginarios sociales del personal de salud en la atención oportuna y cálida a las personas con discapacidad que requieren de un servicio de salud, así como, la adaptación y disposición física para el acceso efectivo de las personas con discapacidad y sus familias a los servicios de salud sin dificultad.

Del mismo modo, la respuesta es coherente ya que permite contrarrestar al menos dos de las problemáticas que se presentan en el acceso a los servicios de salud de las PCD y sus familias, primero las dificultades de acceso por barreras físicas y segundo, las barreras actitudinales de parte del personal de salud que trabaja en las diferentes IPS de la localidad.

¹²⁷ Una IPS Amiga de la Persona con discapacidad y su familia se define como aquella que “conoce y comprende las necesidades y expectativas de la PCD y su familia y con base en esto acoge, orienta y apoya a la PCD y su familia para satisfacerlas a través de una atención regida por principios de calidez, calidad, reciprocidad y participación”.

Con relación a la suficiencia es evidente que los procesos de sensibilización y transformaciones en la planta física de las IPS, requiere por un lado, mayor compromiso humano en el reconocimiento y respeto de esta población como sujetos de derechos y por otro una inversión económica importante para realizar modificaciones en la infraestructura.

Ámbito Escolar

Desde el ámbito escolar se generan estrategias que posibilitan la integración en el medio familiar, escolar y social de los niños, niñas y jóvenes que presentan limitaciones en su proceso escolar o que tienen un potencial riesgo de adquirirlas. Del mismo modo, dichas estrategias, permiten evitar o reducir la aparición de consecuencias secundarias asociadas o producidas por un trastorno de desarrollo o situación de alto riesgo que afecta la calidad de vida de niños, niñas y jóvenes en el escenario escolar.

Las acciones en el ámbito escolar buscan responder a las necesidades en salud consideradas fundamentales en el marco de los derechos y la inclusión social de la población con discapacidad en edad escolar. En ese sentido, se realiza un trabajo que permite y requiere la articulación entre el saber de la comunidad educativa y de los equipos de salud para el abordaje de la población escolarizada que presenta o puede desarrollar una Necesidad Educativa Especial.

Dentro de la estrategia se desarrollan acciones colectivas en colegios promotores y en los colegios integradores, se realiza acompañamiento a la inclusión escolar, a la garantía del derecho a la salud como su seguimiento, para niños y las niñas con discapacidad en los colegios integradores de la localidad. Para la vigencia 2010 se adelantan 65 seguimientos a niños.

En cuanto a la pertinencia y coherencia de esta acción ejecutada desde el ámbito escolar es necesaria y oportuna la identificación de los niños y las niñas con discapacidad que por alguna razón no cuentan con seguridad social, ya que permite que esta población no asegurada ingrese y tenga acceso al sistema de salud.

En cuanto a la suficiencia de la acción es evidente que el acceso a los sistemas de salud de los niños y las niñas con discapacidad, no solo depende de tener el aseguramiento en salud (afiliación en salud), sino que dicha garantía también obedece a la responsabilidad y compromiso de los padres para llevar a los niños y niñas con discapacidad o con necesidades educativas transitorias o permanentes a los servicios de salud.

De las acciones es importante reconocer que se cuenta con barreras significativas que dificultan los procesos de inclusión escolar de los niños y las niñas con discapacidad a las aulas inclusivas y que no dependen de las acciones propias desarrolladas por el ámbito. Entre estas se identifican: falta de formación y capacitación de los docentes que les permita generar metodologías de enseñanza que favorezcan el desarrollo de capacidades y formas de aprendizajes de los niños y las niñas con discapacidad; además se evidencia resistencia por parte de los docentes a desarrollar estas habilidades y competencias; y por otro lado, no se cuenta con las herramientas comunicativas o instrumentos que le permiten a los niños y las niñas con algún tipo de discapacidad como la visual y auditiva tener acceso a la formación sin dificultad, así como, la persistencia de barreras de acceso físico presentes en la infraestructura de los colegios de la localidad.

Ámbito Comunitario

El Ámbito Comunitario, desarrolla sus acciones centradas en las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores, cuidadoras, la comunidad y otros actores sociales y políticos. Las intervenciones se implementan con base en los fundamentos de la RBC, la estrategia promocional de calidad de vida, el desarrollo comunitario y la gestión social, articuladas con los principios que

rescatan la promoción, el desarrollo y la restitución de los derechos y la autonomía de las personas y los colectivos.¹²⁸

Desde el ámbito se desarrollan acciones específicas las cuales pretenden abarcar todos las etapas de ciclo vital que son: formación de personas con discapacidad, cuidadores y líderes como agentes de cambio en Rehabilitación basada en comunidad con las competencias ciudadanas y sociales requeridas para participar en escenarios públicos y generar acciones que promuevan la autonomía, el ejercicio de la ciudadanía y la inclusión social de la población en situación de discapacidad. Por otro lado, se fortalecen los procesos de conformación/consolidación de organizaciones de población en situación de discapacidad, de manera que aboguen por los derechos de las personas con discapacidad, fortalezcan el tejido social y contribuyan en procesos de transformación social, así mismo se forman jóvenes sin discapacidad como padrinos de jóvenes con discapacidad con el fin de aumentar su grado de participación social, desarrollar sus competencias ciudadanas y promover la construcción de su proyecto de vida. En el año 2010 se formó un grupo conformado por 19 agentes de cambio, se fortaleció 2 organizaciones sociales; un club de cuidadores y cuidadoras, y un grupo de personas en proyecto de vida.

Las acciones desarrolladas desde el ámbito comunitario son pertinentes ya que promueven la formación de sujetos políticos que ejerzan su ciudadanía plena por medio de la exigibilidad de sus derechos fundamentales. Del mismo modo, la respuesta es coherente ya que favorece el desarrollo de competencias ciudadanas y sociales necesarias para participar en escenarios públicos y generar acciones que promuevan la autogestión y la toma de decisiones

Se identifican como brechas, las barreras de acceso al servicio de salud, la vulneración de derechos de las personas en condición de discapacidad, el bajo nivel de participación de la población objetivo, la vulneración de derechos de las personas en condición de discapacidad, las barreras de acceso (arquitectónicas) de movilidad y desplazamiento, la falta de oportunidades socio laborales y ocupacionales; el bajo nivel de educación e inserción en los programas de formación y capacitación, la carencia de oportunidades que garantice la sostenibilidad de las iniciativas productivas y los proyectos de emprendimiento. La falta de oportunidad de trabajo, la discriminación social y burocracia en la tramitología de proyectos que nacen en la comunidad, así, como, la falta de sensibilización frente a la discapacidad en escenarios diferentes a la intervención, los débiles procesos de participación, comunicación, representatividad, gestión y autogestión, la falta de usos de medios de divulgación, información y medios de comunicación masivos, y la falta de educación a jóvenes después de los 18 años de edad.

Ámbito Institucional

Se desarrollan acciones dirigidas a las Instituciones¹²⁹ que atienden población con discapacidad en modalidades de internado y seminternado, basadas en la interacción dinámica con todos los actores pertinentes (funcionarios, administrativos, de salud, servicios generales, personas con Discapacidad, familias, cuidadores, cuidadoras, personas sin discapacidad, usuarios de la institución), que aporten a la construcción de los mecanismos que garanticen servicios oportunos y de calidad, promoción de la equidad para el desarrollo de capacidades y protección de los derechos de las PCD como sujetos capaces de contribuir de manera significativa en el desarrollo de sus grupos sociales cercanos.

¹²⁸ Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en su documento de Posición conjunta del 2004.

¹²⁹ Una institución Amiga de la Persona con Discapacidad PCD y su Familia se define como aquella que "conoce y comprende las necesidades y expectativas de la Persona con Discapacidad y su familia y con base en esto las acoge, orienta y apoya para satisfacerlas a través de una atención regida por principios de calidez, calidad, reciprocidad y participación".

Las acciones van dirigidas al talento humano que trabajan en la atención de personas con discapacidad y sus familias como también a líderes comunitarios con intereses y habilidades por el trabajo de colectividades. Las acciones desarrolladas desde el ámbito institucional son pertinentes y coherentes ya que contribuye al logro de servicios con calidad en términos de accesibilidad, comunicación, servicios, infraestructura, humanización del talento humano, oportunidad, respeto y dignidad, promueve la rehabilitación integral garantizando la participación permanente de la familia como sujeto activo de la recuperación funcional generando corresponsabilidad social.

4.3.12 Consejo Local de Juventud-CLJ

Mediante el acuerdo 033 de 2001 del Distrito Capital, amparado en la Constitución Nacional y en la ley 375 de 1997 o Ley de Juventud. Los Consejos de Juventud han buscado ser las instancias representativas del sentir juvenil en lo local propiciándose como espacios de concertación, consulta y apoyo en las temáticas que respectan a la juventud desde los diferentes sectores.

En cuanto a la respuesta local por parte de los consejeros locales de juventud es deficiente pues la población juvenil no tiene claro cuál es la dinámica del Consejo local de juventud, por lo tanto no se evidencia un posicionamiento local por parte de estos jóvenes consejeros, lo anterior nos indica el desconocimiento frente al espacio y conduce a la necesidad de articular e indagar con profundidad la articulación del consejo local de juventud con otros actores locales. Ante esta situación el Hospital Centro Oriente en conjunto con IDPAC está fortaleciendo la gestión interna y externa, brindando mayor capacidad de maniobra a los CLJ, permitiendo el desarrollo de habilidades en identificación, formulación, gestión y ejecución de iniciativas para la población juvenil.

4.3.13 Equipo Local de Apoyo Interinstitucional- ELAI

El equipo se reúne una vez al mes y su convocatoria está a cargo de la Secretaria Técnica que la tiene la Alcaldía local, este es un espacio que fortalece al Consejo Local de Juventud y a las organizaciones juveniles, de acuerdo a lo reglamentado en el Decreto 115/2005. Regularmente cuenta con la participación de: Representante del Hospital Centro Oriente, Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, IDEPAC, Alcaldía Local, Educación, Consejo Local de Juventud y organizaciones juveniles convocadas.

Durante el año 2010, las acciones del equipo estuvieron enfocadas en el apoyo de la ejecución del plan de acción del consejo local de juventud, la semana del buen trato y se participó en la construcción y ejecución del proyecto "Festival Local de Juventud", el cual se llevará a cabo en el 2011.

4.3.14 Red Social Materno Infantil

La Red realiza un trabajo fuerte frente a La salud de los niños, las niñas y gestantes de la localidad, en el cual se interrelacionan situaciones sociales, ambientales, familiares y culturales; permitiendo dimensionar la infancia y la mujer como núcleos centrales para generar condiciones de vida digna, es así como la política de cero tolerancia con la mortalidad materna e infantil al igual que la política de infancia y adolescencia son el eje fundamental de sus acciones, teniendo como propósito que los niños y las niñas sean reconocidos como sujetos de derecho desde la gestación y a lo largo de su ciclo vital, que se sientan queridos, seguros de tener su vida protegida, con las oportunidades materiales y sociales requeridas para su desarrollo.

La red busca afectar positivamente los determinantes de la salud materna infantil mediante la activación de redes sociales, y desarrollo de procesos de planeación, organización, posicionamiento político y construcción de conocimiento que se enmarcan en el componente de gestión local de la salud para contribuir a la puesta en marcha de la política distrital de infancia y la política sectorial cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal a través del conjunto de acciones, proyectos

e iniciativas participativas transectoriales que conlleven un cambio radical frente a la salud materna e infantil.

Con la red social materno infantil, el trabajo fue articulado desde los nodos creados en el 2010 para el ámbito comunitario, se logró organizar y desarrollar jornadas entorno a prevención de la mortalidad materna y lactancia materna.

4.3.15 Red del buen trato

El trabajo que se realiza desde la Red del buen trato es el de construir un sistema organizado de personas e instituciones, para que desde una participación democrática se compartan y articulen experiencias, conocimientos, que permitan poner a disposición servicios y proyectos; recursos y esfuerzos para prevenir y atender integralmente la violencia intrafamiliar, el maltrato y promover relaciones de convivencia democrática en la familia; con el fin de atender el problema de la violencia intrafamiliar, mediante acciones de promoción del buen trato.

En este espacio se lidera la promoción del buen trato y la prevención de violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y explotación sexual y comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNNA) en la localidad. Se logra la articulación intersectorial con sectores como: Secretaria de Integración Social, ICBF, Comisaria de Familia, DILE, ONG, Personería Local, Policía de Infancia y Adolescencia y Comunitaria, IDIPRON, Juntas de Acción Local, comunidad. A través de la red se ha desarrollado actividades de sensibilización en espacios locales abordando los temas relacionados con violencias y promoción del buen trato con todas las etapas de ciclo vital, abordando temas (mujer y género, violencia a la mujer, diversidad sexual, desplazamiento).

4.3.16 Red de Salud de los Trabajadores

La Red social de apoyo para la promoción de la salud y calidad de vida de los trabajadores se define como una estrategia articuladora dirigida a la construcción de un discurso común por parte de actores sociales en torno a la promoción de la salud en el trabajo y la calidad de vida de los trabajadores y sus familias, así como la apropiación y movilización de planes de acción para el logro de ésta.

A través de la articulación intersectorial la red lleva a cabo acercamientos y trabajo con instituciones como Secretaria de Integración Social (SDIS), Consejo local de participación social (CLIPS), Consejo local operativo de política social (CLOPS,) lo que ha permitido posicionar las necesidades de las comunidades en condiciones de fragilidad social. Se trabaja, brindando información, asesorías técnicas y acompañamiento a Unidades de Trabajo Informal (UTIS) en diferentes temáticas como: deberes y derechos de los empleados y empleadores, riesgos profesionales, accidentes de trabajo / enfermedades profesionales (ATEP), plan de mejoramiento y plan de emergencias, control de riesgos, salud ocupacional, canalización a servicios de salud entre otras temáticas. Se da a conocer los diferentes programas locales, se canalizan los casos que requieren respuesta de la oferta interinstitucional y además se realiza el posicionamiento en cuánto a salud y trabajo en los espacios de decisión local.

Desde la Secretaría Distrital de Salud, por medio de las Empresas sociales del Estado (ESE), desde la transversalidad de trabajo, se articulan acciones con los y las líderes de la localidad con el fin de hacerlos partícipes de los procesos tanto de formación como de asistencia en los diferentes espacios orientado a conocer sus derechos y los procesos y rutas de acceso a los diferentes servicios.

4.3.17 Comité de Productividad, Desplazamiento y Trabajo Informal

A través del Decreto Local 03 del 3 de mayo de 2010, la Alcaldía local da vía libre a la instalación del comité local de atención a población desplazada, en donde se analizan las políticas públicas, se

promueve la coordinación de los distintos actores que hacen parte del sistema nacional de atención a población desplazada en lo local, con el fin de avanzar en la restitución de derechos, generando mecanismos de recepción y respuestas transectoriales.

4.3.18 Gestión Ambiental y Sanitaria para la Salud-GESA

Desde la Transversalidad se busca Contribuir al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud de la población residente en el Distrito Capital, mediante el abordaje intersectorial y comunitario de los determinantes socio ambientales; acciones para el ejercicio, preservación y restitución de la autonomía, por etapas de ciclos y componentes; cumplimiento de lineamientos, convenios y acuerdos internacionales y nacionales relacionados con la salud pública ambiental, formulación e implementación de la Política de Salud y Ambiente; el abordaje de las diferentes etapas del ciclo vital en coordinación con otras transversalidades, PDA, Ámbitos, Gestión Local y Vigilancia de la Salud Pública, con base en la Estrategia Nacional de Entornos Saludables.

La Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud en la localidad de Los Mártires se ha fortalecido por medio de la participación en diferentes espacios comunitarios, institucionales e interinstitucionales a nivel local, interlocal y Distrital; de esta manera se articula con diferentes procesos encaminados a la solución y/o mitigación de la diferentes problemáticas ambientales que afectan o pueden llegar a afectar la salud ambiental de los habitantes de la localidad. Entre estos espacios de participación sobresalen los siguientes: la Comisión Ambiental Local (CAL), mesas territoriales para las UPZ la Sabana y Santa Isabel, Mesa del Equipo Territorial Transectorial, y el desarrollo de diferentes actividades para la Construcción Participativa de la Política Distrital de Salud Ambiental con el apoyo los equipos de trabajo de Entornos Saludables y Entornos comunitarios, en donde se trabajó en diferentes espacios como los Núcleos de Gestión y los comedores Comunitarios.

4.3.19 Comité Local de Persona Mayor

Con el decreto local No. 001 de 2010. "Por el cual se armoniza la labor del consejo local de política social de Los Mártires con la gestión social integral". Se decreta al Consejo local de política social como una instancia de coordinación conjunta de agendas estratégicas, de participación y control social, que permitan el análisis, diseño, concertación y seguimiento de la política social. Cuyas funciones son la canalización de las demandas sociales locales en la perspectiva de la gestión social integral.

Dentro de la dinámica GSI se hizo presentación del portafolio de servicios para unificar criterios con las instituciones presentes en la localidad y de esta forma brindar un servicio integral a las personas mayores; se realizó seguimiento a las condiciones de infraestructura aseo y atención a 18 hogares gerontológicos por parte de la personería Local, por parte de la comisaria de familia se presentaron 4 casos de abandono a los cuales se les hizo la visita, orientación y las acciones pertinentes de protección. El Hospital Centro Oriente en la unidad de atención de Samper Mendoza y la Fayette mejoro en la asignación de citas y entrega de medicamentos según el seguimiento que realizaron los dinamizadores quienes expusieron la queja por parte de la comunidad en el comité.

Es así como, durante el año 2010, se realizó la concertación de la política pública social de envejecimiento y vejez (PPSEV) a través de talleres y conversatorios con diferentes grupos poblacionales, también se realizó un foro local y un foro distrital que contó con la participación de expertos en el tema, la academia, la comunidad y los diferentes sectores del distrito capital, permitiendo de esta forma la recopilación de todas las ponencias que enriquecieron la formulación y construcción de la PPSEV. Las instituciones que se vincularon al comité de persona mayor fueron: Comisaria de familia, Alcaldía local, grupos y redes de persona mayor, Secretaria de Cultura, Personería, dinamizadores, representante hogares gerontológicos, Instituto de recreación y deporte, JAL, Secretaria de integración social y Hospital Centro Oriente.

En la evaluación de desempeño del comité, todas las instituciones asistentes llegaron a la misma conclusión: la secretaria técnica del comité fue eficiente al hacer la convocatoria y llevar las agendas de las reuniones, faltó más presencia de los delegados de las instituciones para promover las actividades relacionadas con la persona mayor debido a que cada funcionario está comprometido con tres localidades, siendo esto un factor que impide unificar agendas de actividades y programas interinstitucionales que permitan aumentar las coberturas de atención a las personas mayores, el comité no cumplió al 100% con lo requerido desde el decreto local.¹³⁰

4.3.20 Respuesta Institucional para población L.G.B.T.I

Mesa L.G.B.T.I: Es convocada por la Subsecretaría de Integración Social, siendo un espacio transectorial que agrupa a las organizaciones que trabajan con la población en la localidad y a las instituciones comprometidas directamente con el tema: Secretaría de gobierno, I.D.P.A.C., Salud y SDIS.

Durante el trabajo realizado en el 2010 se ha construido un plan de acción con tres ejes fundamentales de acción: restitución de derechos a personas L.G.B.T. en la localidad, caracterización de la población desde la perspectiva de calidad de vida y salud y, transformación de imaginarios que llevan a la discriminación de esta población por parte la comunidad en general. Desde la mesa se han programado Centros de Escucha para que la población se acerque a las instituciones, conozca sus servicios y las posibilidades que ellas ofrecen en cuanto a acceso y garantía de derechos; el aporte del sector salud ha sido la instalación de un puesto para la verificación del aseguramiento en salud de la población.

El Centro comunitario Itinerante L.G.B.T. Interviene a través del proyecto del I.D.P.A.C. cuyo objetivo es proyectar al nivel local las acciones del Centro Comunitario L.G.B.T. distrital. La metodología que se ha propuesto es llegar a una localidad diferente en cada mes para ofrecer los servicios de asesoría en derechos, servicios de psicología, jurídicos y actividades lúdicas para la población L.G.B.T. en lo local. De acuerdo al cronograma presentado en las reuniones de articulación, para el mes de agosto radicará su trabajo en las tres localidades.

Comité de Mujer y Género. Si bien estos comités fueron creados con el objetivo de territorializar el Plan de Igualdad de Oportunidades en lo local, estos han dado lugar a la inclusión de la temática L.G.B.T. en su agenda generando acciones para su visibilización y restitución de sus derechos.

En cuanto a la pertinencia, coherencia y suficiencia, la localidad reconoce una problemática sensible de no reconocimiento y garantía de derechos de la población L.G.B.T., esto sumado a la asociación entre ejercicio de la prostitución y diversidad sexual en el ámbito local. Por tanto, la complejidad de la respuesta se adecua a la realidad de la población en lo local en la que es necesario posicionar aún más la temática L.G.B.T. como asunto de ejercicio de derechos más allá de la opción de vida de un grupo específico.¹³¹

LA RESPUESTA SECTORIAL PARA GRUPOS ETNICOS

La respuesta sectorial e institucional es importante en la medida que se articulan acciones para la atención efectiva de las poblaciones vulneradas. Cada una de las instituciones responde de acuerdo a sus propios lineamientos y recursos, de acuerdo a su capital profesional y en el momento que determine la situación de la población que debe atenderse.

Desde el Comité de Productividad se han analizado las diferentes estrategias que se pueden

¹³⁰ Hospital Centro Oriente. Documento Comité Local de Persona Mayor Localidad de Mártires.2010

¹³¹ Hospital Centro Oriente. Documento respuestas institucionales y sociales para población L.G.B.T. Localidad de Mártires.2010

realizar mediante una planeación sistemática y ordenada, de acuerdo con los principios vinculantes de la corresponsabilidad social que atañe a las instituciones locales y distritales para la consecución de opciones laborales para las personas de los grupos indígenas y las personas afro descendientes que se encuentran asentadas en las localidades de Los Mártires, Santa Fe y La Candelaria.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar se ha unido a la gestión frente a las problemáticas de las personas de los grupos indígenas y afro descendientes asentados en las localidades de atención del Hospital Centro Oriente, mediante la Unidad Móvil de Atención que se ha integrado en acciones con el Hospital en la caracterización de estas personas. En este sentido se ha logrado la atención prioritaria en salud de mujeres gestantes, niños y niñas entre los cero y los cinco años con enfermedades derivadas de sus mismas condiciones de hacinamiento y manejo deficiente de los alimentos y del agua.

La Secretaría de Integración Social mediante la atención a menores indígenas en los jardines infantiles inga y huitoto, que son atendidos por mujeres de las mismas comunidades, ha logrado posicionar la atención diferencial con las garantías que se pueden ofrecer mediante la transmisión efectiva de conocimientos ancestrales y el mantenimiento de sus usos y costumbres. Esta atención se basa en la Pedagogía con enfoque diferencial que indica que se debe aprender desde la diferencia como una manera de construcción colectiva que aporta al crecimiento de quienes se encuentran involucrado en estos procesos.

Uno de los aportes de estas intervenciones es la incorporación de los Abuelos Sabedores de Consejo de Palabra, que tienen a cargo la socialización de los conocimientos de su cultura.

Los CAVID (Centros de Atención a Víctimas de Violencias y Delitos) son oficinas que ofrecen atención especializada en materia psicológica, psicosocial y jurídica a víctimas de delitos de homicidio, tentativa de homicidio y suicidio, así como también a víctimas de graves violaciones a los derechos humanos, crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra (secuestro, toma de rehenes, desaparición forzada, tortura, desplazamiento forzado) que han venido haciendo seguimiento a los casos de desplazamiento forzado en población indígena que continuamente llega a la capital. Para el año de 2010 se atendieron 7 familias Embera que entraron en los programas mediante la valoración y el registro, e incluidas en su correspondiente informe de situación psicosocial y jurídica. Se adelantan acciones de caracterización de las condiciones de vida familiar, valoración de la victimización y el grado de violación, con el fin de evaluar la restitución de derechos.

RESPUESTAS SECTORIALES PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO

El Sistema Nacional de Atención Integral a Población Desplazada tiene su representación en lo local a través de un órgano consultivo articulador llamado el Comité Local de Atención a Población Desplazada (CLAIPD). Desde el año 2008 la presencia de población desplazada a través de tomas a predios en abandono tuvo como efecto la dinamización y visibilización del debate local sobre la situación de calidad de vida para la población desplazada. Desde entonces se inició el cabildeo de los líderes de las organizaciones surgidas en dichas tomas, que se dieron a la tarea de negociar directamente con las autoridades locales y distritales la creación del Comité Local de Atención a Población Desplazada (CLAIPD) y la especificidad de presupuestos de inversión con base en lo ordenado por el Acuerdo Distrital 013 de 2008, se logró el diseño del Decreto local 03 de 2010 mediante el cual se oficializa la creación del comité, así, como la instalación en el 2010 fue posible la instalación del comité local, con la secretaria técnica a cargo del Hospital Centro Oriente.

El resto de instituciones del Comité Local de Atención a Población Desplazada (CLAIPD) en lo local lo conforman Acción Social (Coordinador del Sistema), Secretaria de Gobierno (en el territorio actúa la Unidad de Atención y Orientación de Puente Aranda), Instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF) (Unidades Móviles y Centros Zonales), Secretaría de Salud (con base en lineamientos

del Ministerio de Protección Social) cada uno de los restantes 10 sectores del Distrito Capital, las ONG's y organizaciones sociales de base de población desplazada y receptora.

Desde el marco de la gestión social integral las instituciones locales se han propuesto un trabajo de coordinación y de articulación de las respuestas que en obligación de sus competencias venían realizando de forma aislada. Desde el mes de Enero de 2010, en la Unidad de atención y orientación (UAO) Puente Aranda se han venido reuniendo los representantes de la transversalidad de desplazados del Hospital Centro Oriente, las Unidades Móviles de Instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF), principalmente para coordinar las funciones de consolidación de información diagnóstica sobre la situación de calidad de vida de la población, la realización de jornadas de atención en los barrios con mayor concentración de familias (La Favorita, Samper Mendoza y Santafé) y la evaluación de dichas respuestas a la luz de los mandatos de la Ley 387 de 1997, La sentencia T 025 y los Autos de la Corte Constitucional. Desde allí se han lanzado propuestas de atención a algunas de las problemáticas de la población Embera Katío y Chami en Bogotá, como la notificación de sus solicitudes de inclusión en el registro único de población desplazada (RUPD), la aplicación del enfoque diferencial, entre otras.

Los espacios donde se ha trabajado en la coordinación intersectorial son el Comité Local de Desplazamiento, Comité de Productividad, Comité de Derechos Humanos y Comité de Habitante de Calle.

Acción social: los programas que hacen presencia son; programa Familias en acción (Subsidios familiares), Batuta (Escuelas de música) y recientemente la Estrategia Red juntos, la cual tiene una proyección de acompañamiento para los próximos 5 años y empieza a focalizar la población a partir del registro de quienes han declarado en la localidad y población del Nivel 1 y 2 del sistema de información para beneficiarios (SISBEN), sus acciones durante el 2010 contemplan únicamente el acercamiento con las familias por parte de los 6 gestores locales y un coordinador.

Frente al reconocimiento de la condición de desplazamiento para la población no incluida por Acción Social, la mayor brecha se encuentra en las personas que desconocen el funcionamiento interno de valoración y notificación de Acción Social. Este proceso que está regulado por el código contencioso administrativo, contempla los recursos de reposición y en subsidio, de apelación frente a las decisiones tomadas frente a cada caso. Un gran número de familias desconocen estos procedimientos, dejan vencer los términos o los trámites engorrosos los llevan a desistir de su reclamación para la restitución de sus derechos.

Si bien es cierto, en la Unidad de atención y orientación (UAO) existe el servicio de Asesoría Jurídica por parte de la Universidad Nacional en convenio con agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y en la sede de las Nieves el consultorio jurídico se especializa en la asesoría a las familias, durante el año 2010 dicho convenio no estuvo vigente, restringiéndose la atención a la sede centro del consultorio, ya mencionada. Por otro lado la Casa de Igualdad de Oportunidades para la Mujer realiza asesoría jurídica y psicológica. Alrededor del 50% de las familias asesoradas resultan incluidas en el registro único de población desplazada (RUPD) después de 3 meses de gestión. El centro de atención a víctimas de violencias y violaciones a derechos humanos (CAVIDH) en su informe de atención en Jornada Piloto a las 7 familias Embera declara no ser competente para una atención adecuada a la población.

El caso más preocupante se encuentra en los niños y niñas Embera que son puestos en medida de protección en medio institucional por parte de ICBF, la misma Casa de Igualdad acompañó en el primer semestre de 2010 a 15 familias. De ellos, 10 no han sido resueltos aún y dos de los casos que tuvieron resolución satisfactoria fueron puestos de nuevo en la medida de protección. La Unidad Móvil de Instituto colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) no tiene injerencia sobre estos procesos que adelantan defensores de familia de la misma entidad, en los Centros Zonales de la Ciudad.

Actualmente no existe ninguna acción que intervenga en el acompañamiento personalizado que requiere esta problemática.

La atención en la etapa de Urgencia es insuficiente, presentándose como constante en la población el riesgo de habitabilidad en calle. Las ofertas institucionales a través de albergues y ayudas de emergencia no cuentan con la integralidad y continuidad requeridas para disminuir los riesgos para las personas y familias que llegan a la ciudad y al centro como primer lugar de entrada. El Comité de Habitante de Calle con la estrategia Centro de Escucha ha vinculado a las rutas de atención existentes a algunos individuos y familias en situación de habitabilidad en calle sin redes de apoyo.

Para los Servicios para familias incluidas coordinados por la Unidad de atención y orientación (UAO) de Puente Aranda, se procede a registrar las solicitudes y direccionar ante cada sector presente en la Unidad de atención y orientación (UAO) por competencia. Es el lugar donde deben asistir todas las personas en situación de desplazamiento para tramitar todo componente del programa de atención.

Se cubre a toda la población que conoce la oferta, y básicamente incluye servicios para las familias incluidas en el registro único para población desplazada (RUPD). El impacto depende de los resultados de los demás sectores que en muchos de los casos se encuentran desarticulados.

La Red Juntos cuenta con una base de datos de 900 familias, de las cuales han podido ubicar satisfactoriamente a 200. Teniendo en cuenta el número potencial de beneficiarios en la Localidad (cerca de 4.000), la brecha es cercana al 75% de las familias. El Hospital Centro Oriente ha facilitado su base de datos para incluir a las familias dentro del programa en vista de las dificultades para la ubicación por parte de la Estrategia con la información aportada por Acción Social.

La cobertura de los subsidios de Familias en Acción que para la población en situación de desplazamiento (PSD) corresponde al 4% del total de familias (110 familias), al ser comparada con el número potencial de usuarios, que suma únicamente entre el 2008 y marzo de 2010 un total de 1500 personas incluidas, no cumple con el criterio de suficiencia.

En cuanto al acceso a la educación, ha aumentado la cobertura y la calidad en la atención. Las escuelas integradoras así como los programas y cursos de aceleración que benefician a la población Embera aún presentan fallas metodológicas y en recursos físicos y humanos que llevan a la deserción escolar de los estudiantes vinculados, ya que permanecen las dificultades en el proceso de adaptación.

Para el tema de productividad la Alcaldía local, está, desarrollando estrategias que buscan incluir a 25 familias. Sin embargo sus respuestas siguen siendo insuficientes. La oferta de la unidad local de emprendimiento (ULDE) no tiene un enfoque diferencial visible, principalmente porque la vinculación a sus programas y proyectos de empleabilidad requieren de personas con nivel educativo medio, lo cual no corresponde a la realidad de la población en situación de desplazamiento en general, que no cuenta con la educación secundaria completa y en muchos casos ni siquiera cumple con la educación básica. Algunos jóvenes y adultos se encuentran en situación de analfabetismo.

Las ofertas en emprendimiento y fortalecimiento empresarial, adolecen de las mismas dificultades de las ofertas distritales y nacionales que no han garantizado la cobertura ni la suficiencia para el restablecimiento económico, que sumado a las desventajas estructurales que presentan los individuos, con dificultades psicosociales y culturales, impiden actualmente su adaptación al contexto de recepción.

RESPUESTA SOCIAL PARA POBLACIÓN L.G.B.T.

Corporación Opción: está trabajando en la restitución de derechos y el desarrollo de proyectos con personas en situación de prostitución en la localidad. Si bien la temática excede la población L.G.B.T. es por esta problemática que es visibilizada la población transgenerista en la localidad.

Fundación Procrear: trabaja en procesos de formación y restitución de derechos con poblaciones vulnerables de la localidad. Actualmente está desarrollando el proyecto “Zona Trans” que busca generar procesos de inclusión social, formación e incidencia en espacios políticos de las personas transgeneristas de la localidad.

Transgrediendo la indiferencia: A partir del mes de octubre se sumó al trabajo de la Mesa L.G.B.T. De los Mártires, la fundación *Transgrediendo la Indiferencia* que busca generar condiciones de vida dignas para la población L.G.B.T., en lo local. En su sede viven 32 personas transgeneristas que han iniciado un proceso por el respeto por identidad de género en la localidad.

La respuesta social a nivel de Organizaciones No Gubernamentales, es pertinente a la problemática de ejercicio y reconocimiento de derechos de la población en lo local, si bien es necesario generar y fortalecer la participación de la población en sus diferentes identidades y orientaciones. Si bien, la respuesta social es coherente con una problemática identificada en la localidad es restringida a un territorio social y al sector poblacional de las mujeres transgeneristas que se encuentran en vulnerabilidad. Es necesario generar procesos de participación de la población L.G.B.T. en la localidad para que se hagan visibles otros sectores de esta población (Lesbianas, Gays, Bisexuales) con sus necesidades específicas para así generar procesos que se dirijan al conjunto de esta población.

Las respuestas sociales e institucionales en la localidad de los Mártires se han centrado en las personas que ejercen en la zona de alto impacto, lo que ha dejado de lado la identificación y el reconocimiento del resto de la población y sus problemáticas particulares.

4.4 Respuesta Comunitaria

En la localidad la participación está ligada a los procesos de gestión de los diferentes sectores institucionales, a los cuales se agrega la acción social de las comunidades. Este proceso se inicia con la ley orgánica de planeación que se hace efectiva en la capital por medio del estatuto orgánico de la ciudad emanado mediante el decreto ley 1421 de 1993, que promueve la organización de los habitantes y comunidades, estimulando la creación de las asociaciones de distinto tipo que sirvan de mecanismos de representación en las diferentes instancias.

El sector de la salud ha sido uno de los primeros en promover la participación de la ciudadanía. En 1975 el ministerio de salud intento involucrar la representación de la comunidad en las juntas asesoras de los niveles seccionales y la creación de comités en los hospitales, centros y puestos de salud, pero solo hasta 1990, con el decreto 1416, cuando creo lo que conocemos como comités de participación comunitaria(COPACOS) en 1994 se definieron los mecanismos de participación denominada asociaciones de usuarios de: Empresas Sociales del Estado (ESE), EPS instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), administradoras de régimen subsidiado públicas y privadas; además de los comités de ética hospitalaria y representantes de juntas directivas de EPS e IPS.

En cuanto a la participación social se gestionaran los procesos cogestionaros de planeación y veedurías en salud. La participación del Hospital Centro Oriente se desarrolla a través de los mecanismos de participación comunitaria establecidos por la norma en el decreto 1757. Dicha participación se hace manifiesta en mecanismos como el COPACO, los comités de usuarios de las diferentes sedes asistenciales, la asociación de usuarios y el comité ético hospitalario. Cada uno de estos mecanismos cuenta con funciones específicas establecidas por la norma.

En el 2009, se ha venido dando cumplimiento al sistema de peticiones, quejas y reclamos, realizando la apertura del buzón de sugerencias, revisión diaria del aplicativo SQS de la alcaldía mayor y seguimiento a requerimientos que llegan externamente. Durante el primer semestre del 2009 se realizaron un total de 1087 encuestas de satisfacción cuya sumatoria porcentual arrojó un 90% de satisfacción para todo el Hospital, donde se observó el menor índice de satisfacción en las sedes asistenciales, Samper Mendoza, los servicios de medicina general, odontología y facturación representan en el trato por parte de los funcionarios o demora en la atención menores índices de satisfacción.

4.4.1 COPACOS

En el 2009 se ejecutaron proyectos de autogestión comunitaria con recursos de la Secretaría Distrital de Salud. Este ejercicio ha implicado los encuentros frecuentes, el debate y la reflexión alrededor de la temática y la interacción continua en torno al funcionamiento y compromiso frente a este espacio de participación. Cada uno de los proyectos cuenta con dos responsables del mismo, quienes mantienen una comunicación constante tanto con la Universidad Nacional como con la Oficina de Atención al Usuario y Participación Social para coordinar acciones y tomar decisiones. Los proyectos en términos generales contienen elementos relacionados con procesos de formación y actualización en aseguramiento, planes de trabajo, plataforma estratégica así como otros temas que tienen como propósito la superación de conflictos internos en las organizaciones.

4.4.2 Comité de ética hospitalaria

El comité ha venido desarrollando una reunión mensual, presentado como dificultad la ausencia de los delegados de la Asociación de Usuarios. Aún no se cuenta con plan de acción de 2010, que favorece la realización eficaz del espacio.

4.4.3 Núcleos de gestión en salud

Se han llevado a cabo planes de acción de los Núcleos de Gestión Territorial programados y convocados por los integrantes de los equipos de trabajo de Salud A Su Casa, resaltando que estos espacios han avanzado de manera significativa en cuanto al diseño de planes de acción y al empoderamiento de los equipos en relación a su responsabilidad y compromiso ante los avances de los núcleos.

4.4.4 Análisis de las relaciones de la comunidad con las instituciones locales

En el mes de octubre del 2010 el Hospital Centro Oriente realizó una encuesta sociométrica con el fin de identificar las relaciones de la comunidad con las instituciones y poder analizar los niveles de conflictividad y disposición de trabajo comunitario.

La muestra fue aleatoria y tuvo más representatividad de líderes territorio social 2 (zona de condiciones favorables). Los resultados encontrados resaltan más la participación de estos ciudadanos en espacios transectoriales que en los comunitarios especialmente en las mesas territoriales de calidad de vida y salud; una de las razones de no asistir a reuniones convocadas es la falta de recursos para el transporte y por dificultad para el desplazamiento.

En cuanto la representatividad de los líderes anteriormente mencionados no está claro, se debería medir el grado de liderazgo en la comunidad que dicen representar, sin embargo el 87 % de ellos manifiestan que la información que reciben es socializada a las comunidades que dicen representar.

Una de las conclusiones a la que llegaron estos ciudadanos es la dificultad por falta de voluntad política, el activismo de las entidades cuyo fin es cumplir las metas propuestas de los distrital más que en mejorar la situación de la comunidad y la misma falta de unión entre ellos mismos.

Al indagar sobre la capacidad de convocatoria, se encontró que el método de convocatoria más utilizado por los líderes es el de invitación personal voz a voz. Frente a la pregunta de principales logros, se puede evidenciar que los líderes consideran los logros a los relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, así como el reconocimiento que estas acciones les representan. Entre las acciones llevadas a cabo manifiestan: la participación en la construcción de las políticas públicas, gestión para proyectos productivos, consecución de ayudas para personas necesitadas, acciones de mejoramiento del ambiente, cupos para jardines etc.

Se destacan las relaciones de amistad de los líderes comunitarios encuestados en lo relacionado al trabajo comunitario, compartir con las personas, colaborar con los demás, recibir capacitaciones para su comunidad y obtener resultados de las metas trazadas.

El análisis sociométrico arroja que los líderes comunitarios en el 25% de los casos presentan relaciones conflictivas fuertes en la localidad.

4.5 Análisis de la Gestión Social Integral

4.5.1 Territorios sociales

La Gestión Social Integral (GSI), tiene como objetivo la implementación de la política social del Distrito, promoviendo el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales asegurando la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y poner de presente el protagonismo de la población en los territorios¹³².

Como marco metodológico para el accionar en las mesas se entendió desde el equipo de salud del Hospital Centro Oriente la gestión social integral como un ejercicio político-participativo desarrollado en un territorio específico con condiciones de vida particulares y habitado por personas con percepciones diferentes sobre la realidad; un ejercicio cotidiano sobre el que las personas de la comunidad pueden desarrollar sentido de pertenencia y las instituciones acompañar de forma respetuosa, las dinámicas y ritmos de trabajo planteados por los dueños de la realidad del territorio quienes a la vez son sus más profundos conocedores; en este ejercicio no se estigmatizó la comunidad por las necesidades evidenciadas desde lo institucional y comunitario sino que se tienen en cuenta las potencialidades evidenciadas y el ejercicio de la autonomía.

El proceso ha consistido en el encuentro intersectorial en los escenarios de construcción de debates, discusiones, definición de acuerdos y asignación de responsabilidades en las mesas territoriales de calidad de vida y salud, desde el año 2008 en la localidad, escenarios que en su momento fueron identificados como espacios para el posicionamiento político de la calidad de vida mediante la construcción de estrategias con otros sectores participes en la implementación de la ruta de la gestión social integral, en la lectura de las necesidades y/o realidades, en el análisis de las respuestas, a través de un proceso de construcción con la participación activa de las comunidades, mediante un proceso de movilización social.

El objetivo local se traduce, entonces, en la mirada hacia las necesidades más relevantes, de manera individualizada, en el ejercicio de lo “lo propio”, desde la realidad de cada uno, de igual manera sucedió con el análisis institucional, basándose en el ejercicio de lo sectorial, en el 2008, se llevó a cabo, los primeros ejercicios de construcción colectiva, en la priorización de necesidades, y en la definición de metodologías efectivas para el abordaje territorial, y a la vez, para la articulación sectorial y el diseño de escenarios válidos de reflexión, construcción y validación de la gestión social integral.

¹³² Plan de desarrollo Distrital. Bogotá positiva: Para vivir mejor. Capítulo 1: Ciudad de derechos. Artículo 6-Estrategias

No se avanzó de manera significativa en el análisis de las oportunidades en términos de las soluciones viables con corresponsabilidad por una comunidad empoderada en la complejidad de la realidad, para el mejoramiento de la calidad de vida y las respuestas integrales desde el ejercicio sectorial, sin embargo, se debe señalar que en términos de la disminución de la brecha que existe para la construcción intersectorial y transectorial, se logró la apropiación del pensamiento de trabajo colectivo, mediante la construcción conjunta, superando la individualidad institucional lo que permitió para el 2009, retomar el proceso alcanzado en la vigencia pasada por parte de los actores claves, es así, como, desde la ESE, se retomó la mesa de movilización social (o grupo funcional de gestión territorial), que integrada por actores del ámbito comunitario, ámbito familiar, ámbito escolar, oficina de participación, gestión territorial de la SDS y gestión local, se reunió con una periodicidad mensual, con la finalidad de dar línea respecto a la identificación, priorización y acciones para cada mesa, aportando a su funcionamiento los avances de los núcleos de gestión y grupos gestores.

Escenarios de articulación sectorial

Cabe señalar que en coherencia con la estrategia de gestión social integral en el 2008 la localidad Los Mártires, mediante un ejercicio de análisis transectorial, definió tres (3) mesas territoriales; la mesa del club de la familia, la mesa de alto impacto y la mesa interétnica. En este proceso de posicionamiento de las mesas se logró que a través del escenario de la unidad de apoyo territorial (UAT) se conformaran equipos locales con funcionarios de la Secretaría de Integración Social (SDIS) y el hospital, con profesionales referentes por etapa del ciclo vital, por transversalidades y proyectos de desarrollo de autonomía.

El liderazgo del proceso de la estrategia, ha sido por parte de la Secretaría de Integración Social y del Hospital, sin embargo se reconoce que de manera esporádica y tímidamente los demás sectores se han venido sumando a la construcción colectiva según las necesidades identificadas; las propuestas territoriales en esta localidad han venido siendo socializadas desde 2008 en los Consejos de gobierno, con el fin de lograr el reconocimiento y validación por parte de la alcaldía local, sin embargo, hasta mediados de 2009, se logró el compromiso del alcalde desde la directriz dada por la secretaría de gobierno Distrital, es así, como, el alcalde local, a través de un empoderamiento significativo de la estrategia, asume el liderazgo y garantiza que los escenarios de posicionamiento político Unidades de apoyo territorial (UAT), en este, espacio después de discutir y concertar, se logró llegar a un acuerdo sobre los territorios que se tendrían en cuenta para desarrollar la gestión social integral (GSI), desde el consejo local operativo de política social (CLOPS) para lograr alianzas estratégicas en lo local, con el fin de fortalecer el impacto de las mesas territoriales y la presencia comunitaria activa en ellas, y desde el (CLIP), comisión local intersectorial de Participación se ha promovido la inclusión para el abordaje de la estrategia, que permita la articulación con los representantes de los espacios cívicos ciudadanos, como actores claves comunitarios para las mesas territoriales.

Luego de un ejercicio de revisión conceptual desde la institucionalidad, el cual permitió un ejercicio de reflexión, acerca del territorio desde cada sector, alterno con escenarios de encuentro con la comunidad, así, como el ejercicio de reflexión y análisis del enfoque de derechos desde un enfoque diferencial, desde la autonomía, desarrollo y reconocimiento de las potencialidades de los ciudadanos y ciudadanas, y de la ruta de la gestión social integral; más allá de la lectura de las necesidades y/o realidades, lo que permitió construir un proceso basado en el fortalecimiento del conocimiento de unos sobre la estrategia y la aproximación correcta de la misma para los actores sectoriales locales que no lo tenían.

Es así como se definieron dos territorios, a partir de las Unidades de Planeación Zocal (UPZ 102 y 37): territorio social 1 correspondiente a la UPZ 102 La Sabana donde se ha identificado la

zona vulnerable por concentración de problemas sociales, pequeña industria casera, comercial y zona especial de comercio sexual y territorio social 2 correspondiente a la UPZ 37 Santa Isabel que presenta la zona de condiciones favorables y de empobrecimiento creciente. Durante el año 2010 se incluye un tercer territorio definido desde la mirada político administrativa del alcalde local, quien consideró importante hacer partícipe al grupo poblacional de comerciantes e industriales quienes representan un alto porcentaje en la localidad, aprovechando las potencialidades en cuanto a los recursos económicos y de oportunidad que pueden dar en beneficio de los estratos 1 y 2, es así que se denomina el territorio social 3 correspondiente a las dos (2) UPZ, de empresarios (comerciantes e industriales).

Se continúa el proceso de manera significativa en los escenarios de construcción, y se define el equipo territorial transectorial, como el espacio de diseño de metodologías y el escenario de toma de decisiones conductoras y operativas de la línea de acción definida desde el consejo local de gobierno, bajo el reconocimiento y validación del alcalde local.

Fases para llegar a territorios de gestión social Integral (GSI)¹³³

Posterior a la fase de concertación interna en la ESE en el espacio de mesa de movilización o grupo funcional territorial y del posicionamiento de la propuesta en espacios locales como CLOPS y UAT, para la generación de alianzas estratégicas que facilitaran la operación efectiva de las mesas territoriales, se iniciaron los procesos de identificación de los territorios con base en las caracterizaciones de salud a su casa, la prestación de servicios y coberturas de la subdirección local de Mártires y la actualización del diagnóstico local del hospital, en la fase de caracterización se adelantaron con la presencia de comunidad las mesas, la identificación de necesidades, problemáticas, potencialidades, propuestas y vacíos, con el fin de contar en los territorios más que con lecturas de problemas con lecturas de realidades que suministraran los insumos para el desarrollo de la Gestión Social Integral (GSI).

En 2009, la parte más compleja del proceso se relacionó con la generación de compromisos transectoriales para lograr la integralidad en la generación de respuestas sociales; en este sentido se ha venido avanzando de manera dinámica, comprometida en los diferentes espacios locales con la validación de los territorios de gestión social integral y los núcleos problemáticos que se han venido construyendo con las personas que desde las comunidades han mostrado compromiso en este trabajo con los diferentes entes locales; y con los aportes técnicos y metodológicos de los diferentes sectores que confluyen en el escenario de análisis, concertación, y establecimiento de acuerdos en el equipo territorial.

Es así como en el 2010 se han trabajado la estrategias desde la acción participación con el fin de mejorar este ejercicio ciudadano, en la localidad los Mártires, el posicionamiento y liderazgo político del Alcalde local a través del consejo local de gobierno, cuya periodicidad es mensual, es de resaltar, dado que esté compromiso ha permitido que en la localidad se reconozca, adopte y apoye la implementación de la estrategia de gestión social integral. Los resultados hasta ahora alcanzados, nos permiten garantizar que el proceso local, ha sido coherente con la ruta de la GSI.

Por último, y desde un trabajo de concertación se pretende trabajar en la construcción de las respuestas integrales, basados en la estrategia metodológica concertada en el equipo territorial, la cual ha permitido en el 2010, construir los análisis de las lecturas de realidades y/o de necesidades, el análisis de la misma desde la institucionalidad, el análisis de las respuestas sectoriales y la construcción de respuestas integrales, estrategias transectoriales, respuestas comunitarias y construcción transectorial de propuestas integrales desde lo institucional y lo comunitario, para finalmente en el mes de noviembre y diciembre del 2010 se construyó la agenda local y los planes de acción concretos, que desde una mirada promocional afecten los determinantes que en los territorios de forma particular o general, afectan las condiciones de vida y salud de las comunidades.

La agenda local, presenta los núcleos problemáticos contruidos a través del ejercicio transectorial, así, como las narrativas y análisis respectivos desde la mirada institucional sectorial y la comunitaria, así, como, el análisis de las respuestas y la construcción de la integralidad de las mismas, ha sido, validada por el consejo local de gobierno y socializada en los escenarios de la junta administradora local y el (CLOPS) consejo local operativo de política social se definió para cada núcleo problemático; la estrategia de abordaje para el fin de la vigencia y el plan operativo de la vigencia 2011 para el posicionamiento de los planes operativos y la formulación de proyectos, para ser socializados en la JAL junta administradora local, con el objetivo de lograr la apropiación de recursos financieros locales.

Este proceso, permite evidenciarse la puesta de los diferentes sectores que hacen presencia en lo local de forma permanente, por la suma de acciones institucionales, y la mirada conjunta del territorio y diseño de metodologías concertadas para el análisis, y los abordajes que garantizan la movilización social a través del interés comunitario, con posicionamientos de exigibilidad para la transformación de sus realidades de manera efectiva por parte de los sectores que hacen parte de la localidad, continuando con el modelo de sala situacional, la cual permitió la elaboración de mapas de los territorios y la ubicación de las necesidades y potencialidades, de todos los actores claves partícipes del proceso.

4.6 Propuesta de Abordaje de las Problemáticas en los Territorios Sociales 2011

Desde el Plan de Intervenciones Colectivas PIC desde los ámbitos de vida cotidiana y a través de la articulación con el POS el Hospital Centro Oriente presenta por núcleo problemático y tema generador la propuesta de intervención 2011

4.6.1 Tema generador 1

Por la garantía de vivir libre de violencias.

Núcleo Problemático 1. Entornos y relaciones maltratantes en el núcleo familiar, exponen a los y las habitantes en todas las etapas de ciclo vital al deterioro de calidad de vida transgrediendo el derecho a la integridad personal.

Ámbito IPS

Con el fin de apoyar el derecho a la salud y seguridad, se debe articular un programa de intervención entre el Plan de intervenciones colectivas (PIC) y plan obligatorio de salud (POS) que permita acciones de promoción y prevención y canalización de los eventos en salud mental notificados en los territorios.

Se plantea además Generar un proyecto de intervención en problemáticas de violencias, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas entre ámbitos y componentes del plan de intervenciones colectivas (PIC) para el abordaje de poblaciones por etapa de ciclo vital con enfoque diferencial sujetos de intervención

Ámbito comunitario

El ámbito desde su accionar en salud mental propone:

Constante sensibilización a los funcionarios de la ESE Centro Oriente en temas relacionados con salud mental y desarrollo de habilidades sociales con la generación de espacios de encuentros donde se destaquen factores relacionados con el desarrollo de la autonomía y personalidad. Generar un proyecto específico de prevención en sustancias psicoactivas que abarque los diferentes estamentos de la población generando una respuesta institucional fortalecida y única.

Proyectar el trabajo en redes promotoras a centros de escucha con población vulnerable en territorios específicos, como el territorio Social 1 UPZ La Sabana en los barrios Voto Nacional, en el barrio Santa Fe y un tercer Centro de Escucha rotativo en los barrios Santa Fe, Samper Mendoza, La Favorita, Carrilera, Voto Nacional, Con desplazados, habitante de calle y personas que trabajan con vehículos de tracción animal.

Fortalecer las organizaciones juveniles en prevención de consumo de sustancias Psicoactivas (SPA) legales e ilegales.

Promover estrategias de empoderamiento y protección contra las violencias de género, así como atención psicosocial que estimule la reconstrucción de proyectos de vida individual y familiar, acorde con su cultura y tradiciones, particularmente para la población perteneciente a grupos étnicos y en desplazamiento.

Conformar un grupo de apoyo para personas en ejercicio de prostitución con el fin de abordar el tema de pautas de crianza para prevenir la violencia intrafamiliar.

Ámbito escolar

Incrementar los tiempos que se dan en los lineamientos para el trabajo en los temas relacionados con salud mental, en la que puedan integrar experiencias como la de intervenciones sociales de emergencia que mitiguen el impacto de situaciones relacionados con consumo de SPA y conducta suicida.

Generar mecanismos para que el proceso de canalización y retroalimentación de los casos de salud mental que sean remitidos a los servicios, sea más ágiles y efectivos frente a la atención, fortaleciendo la referencia y contra referencia a la unidad mental de Perseverancia.

Integrar intersectorialmente, la implementación de estrategias productivas, comunitarias, de bienestar colectivo y de acceso a servicios de salud, económicos, culturales y recreativos, que permitan afectar determinantes que subyacen a los problemas de salud mental identificados en los territorios.

Fortalecer la participación del Hospital en la red sin trabas, donde se pueden generar estrategias no solo para universidades sino para colegios en cuanto a enfrentar de forma más efectiva e integral el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).

Socializar más efectivamente la ruta de violencias, la difusión y utilización de la línea 106, como tipo de herramientas para niños/as, jóvenes que les permita enfrentar las situaciones problemáticas que deben afrontar en sus hogares o con sus compañeros a diario.

Continuar prestando asesoría y acompañamientos a los programas de salud sexual y reproductiva y en las campañas de prevención de consumos de Sustancias psicoactivas legales e ilegales (SPA) en las universidades, liderados desde Bienestar universitario.

Ámbito Institucional

Fortalecer la autonomía de las personas mayores a partir de ejercicios de apropiación y proyección de su espacio familiar y comunitario en los territorios sociales 1 y 2.

Enfocar los temas de atención plurimodal en el envejecimiento activo de forma intergeneracional garantizando la participación de los adultos mayores en el territorio el vergel.

Posicionar en las Instituciones geriátricas el manejo de la estrategia del buen trato y los

derechos del adulto mayor institucionalizado.

Ampliar la cobertura poblacional de asesoría y acompañamiento desde salud a las instituciones de manera individual

Ámbito familiar

Incluir dentro de la intervención plurimodal temas que brinden herramientas a los cuidadores para orientar la salud sexual de los menores.

Generar estrategias de manejo del tiempo libre para fortalecer factores protectores y reducir los de riesgo en el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) legales e ilegales.

Implementar talleres formativos con el grupo de salud a su casa (SASC) de tal forma que puedan dar una información objetiva y reconozcan las familias que requieran de la intervención.

Plantear la captación de las familias candidatas a la intervención por cada Unidad Primaria de atención (UPA) y el desarrollo de las actividades dentro de estas instalaciones.

Establecer un espacio de formador de formadores entendiéndolo como la creación una red protectora de la salud mental en la cual estarían las personas de la comunidad con disposición y capacidades para generar redes de apoyo.

Escoger los tres (3) barrios del territorio social 1 para realizar una prueba piloto sobre reinserción a la vida social de personas en condición de delincuencia, drogadicción y/o prostitución que quieran ingresar al programa planteado.

4.6.2 Tema generador 2

Por un ambiente saludable para todos

Núcleo Problemático 2. En los territorios sociales 1 y 2 se presentan ambientes poco saludables para los habitantes del territorio, lo cual se evidencia en contaminación ambiental (visual, del agua, aire, auditiva, por basuras), inadecuado uso del espacio público, los espacios existentes no son propicios para la recreación y las viviendas están en condiciones inadecuadas, hacinamiento y deficiencia en las acometidas y redes de servicios públicos

Se proponen las siguientes estrategias

Desde Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud (GESA), Entornos Saludables y Vigilancia Sanitaria, este último con sus siete líneas de intervención: seguridad Alimentaria, Saneamiento Básico, Industria y Ambiente, Servicios de Salud y Medicamentos Seguros, Enfermedades Compartidas entre el Hombre y los Animales, Transporte y Energía y Emergencias y Desastres, haciendo énfasis en que las acciones de Medio Ambiente son transversales.

Gestión sanitaria y ambiental para la salud (GESA)

Contar con sala situacional de ambiente desde lo territorial al menos una vez al año, promoviendo el Observatorio de Salud Ambiente que se venía trabajando con Gestión sanitaria y ambiental para la salud (GESA) y Entornos Saludables hacia el trabajo con las líneas de Vigilancia quienes liderarían el proceso con acompañamiento de los referentes de GESA y entornos saludables.

Ámbito Comunitario

Continuar con la estrategia de monitores ambientales comunitarios.

Desarrollar caminatas pedagógicas por los territorios para sensibilizar a los ciudadanos a disminuir el ruido, a cuidar el medio ambiente desde sus puntos de trabajo, sus hogares y su zona. Programar jornadas comunitarias de aseo y control vectorial en conjunto con la empresa Aseo Capital en los puntos críticos de aseo. Trabajar desde los núcleos de gestión de salud a su casa las temáticas relacionadas con el control de las plagas.

Vivienda Saludable

Llevar a cabo periódicamente jornadas de recolección de inservibles en los micro territorios de Salud a su casa.

Vigilancia Sanitaria

Seguridad alimentaria y nutricional:

Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones relacionadas con seguridad alimentaria y nutricional

Saneamiento básico

Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones relacionadas con Saneamiento básico.

Industria y Ambiente

Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones relacionadas con industria y ambiente.

Medicamentos seguros y servicios de salud

Fomentar en los comerciantes el cumplimiento de la normatividad a través de capacitaciones relacionadas con manejo de medicamentos de control especial, normas sanitarias vigentes y uso adecuado de medicamentos.

Actividades educativas

Generar actividades educativas como estrategia de información, comunicación y educación en salud dirigida a grupos específicos de la población, con el fin de lograr cambios y sensibilizar sobre la necesidad de reafirmar o modificar prácticas de manufactura.

Muestras analizadas en el laboratorio de salud pública:

Continuar con la toma de muestras de los alimentos y medicamentos que se expenden en los territorios y que son analizadas en el laboratorio de salud pública.

Eventos mórbidos

Fortalecer la articulación entre vigilancia epidemiológica y la línea de seguridad alimentaria

Enfermedades compartidas entre el hombre y los animales

Esta línea de acción está enfocada a tres componentes principales que son: control de la población canina callejera, de vectores, inspección, vigilancia y control de establecimientos médico veterinarios.

Se propone continuar Con la vacunación canina en los territorios.

Control de población canina

Diseñar e implementar una metodología de recolección de caninos callejeros para disminuir los conflictos que se presentan con la comunidad, apoyar las actividades del Centro de Tenencia y Adopción Canina de Bogotá.

Generar una estrategia que permita hacer y recibir retroalimentación de los otros Hospitales sobre accidentes de agresión animal para el seguimiento oportuno de los casos. Continuar incrementado la estrategia de vacunación extramural puerta a puerta en los territorios, identificar estrategias para mejorar técnicas de control de población canina que permitan sensibilizar a la población sobre la importancia de la recolección de caninos callejeros, capacitar sobre el adecuado diligenciamiento de la ficha de accidente por agresión animal a los médicos tratantes de las sedes asistenciales del territorio.

Transporte y energía

Esta línea tiene los siguientes componentes: ambientes libres de ruido, calidad del aire y salud, transporte seguro; terminales de transportes, combustibles, energía y seguridad vial, estos componentes se desarrollan a través de planes de gestión intersectorial. Se deben Contar con las señales de tránsito apropiadas especialmente en los barrios ubicados en la parte alta de la localidad conformada por avenidas tan importantes como la Caracas.

Calidad de aire y salud y ambientes libres de humo

Continuar fomentando las visitas de control a los establecimientos y las capacitaciones a la comunidad sobre el cigarrillo y los efectos en la salud.

Ambientes libres de ruido

Continuar con las capacitaciones para sensibilizar y prevenir el ruido ambiental, y el producido en el ambiente laboral ocupacional explicando los efectos que éste tiene en la salud.

4.6.3 Tema generador 3

Unidos por una alimentación digna y suficiente

Núcleo Problemático 3. **Las condiciones socioeconómicas y culturales afectan la seguridad alimentaria y nutricional en la población del territorio social 1 afectando en las familias el desarrollo físico e intelectual especialmente en la etapa de ciclo vital infancia, incidiendo en la salud y calidad de vida especialmente en los grupos étnicos indígenas.**

Gestión local

Generar acciones para la detección de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes y jóvenes con propósito de prestar tratamiento oportuno y adecuado a estas patologías.

Ámbito familiar

Continuar con el monitoreo de planes de trabajo familiar para la evaluación del cumplimiento del componente de alimentación y nutrición y el direccionamiento de acciones.

Ámbito escolar

Cubrir el 100% de las Instituciones educativas con la intervención de promoción de la alimentación saludable en las instituciones educativas (jardines, colegios). Continuar con la desparasitación y suplementación con hierro en niños y niñas menores de 12 años en los colegios, apoyo nutricional a las estrategias de atención a la infancia y suplementación con micronutrientes vitamina A - Hierro en menores de 5 años en jardines.

Ámbito IPS

Hay una participación activa en el tema de Lactancia Materna desde las estrategias, dándose cubrimiento a los diferentes actores en la prestación del servicio. Se propone aumentar la cobertura de las acciones instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI)- instituciones amigas de la familia gestante y la infancia (IAFI)- atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) a los jardines infantiles privados de los territorios sociales 1 y 2.

Ámbito comunitario

Abordar el tema de hábitos alimenticios a través de los grupos de formación en derechos humanos, sexuales y reproductivos que se llevan a cabo con personas en ejercicio de prostitución.

4.6.4 Tema generador 4

Parce “por una localidad incluyente y tolerante frente a la diferencia”

Núcleo Problemático 4. En el Territorio Social 1 se presentan situaciones de fragilidad social en los habitantes (personas en situación de prostitución, habitante de calle, personas en situación de discapacidad, personas en situación de desplazamiento, personas consumidoras de sustancias psicoactivas -SPA- y personas desempleadas) generando discriminación en estos grupos poblacionales lo cual dificultan la convivencia con los y las residentes de este territorio, afectando la calidad de vida de todos y todas.

Para personas en condición de discapacidad

Ámbito familiar

Continuar con los procesos de asesoría a las familias con personas en condición de discapacidad, enfatizando en los procesos de corresponsabilidad tanto de estas como de las diferentes Instituciones Locales y Distritales.

Aumentar en 2 visitas el seguimiento a familias asesoradas por la intervención con el fin de fortalecer y empoderar en estas el proceso.

Ámbito escolar

Se propone fortalecer la ruta saludable de la ESE para que los escolares puedan ser transportados a los diferentes servicios asistenciales y se garantice su atención.

Generar procesos de remisión y contra remisión oportuna a los servicios de salud visual para

que se pueda desarrollar la identificación de las problemáticas relacionadas con el tema a tiempo y se dé el tratamiento efectivo con calidad.

Desarrollar acciones masivas de capacitación desde la Empresa social del estado (ESE) Centro Oriente, donde se trabaje en derechos en salud, estrategias de restitución efectiva de derechos que pueden tomar las comunidades educativas, que lleven a su vez a la generación de espacios de reflexión y toma de decisiones sobre las barreras de acceso y la calidez de los servicios que se prestan a la comunidad.

Vincular a los jóvenes a mesas de trabajo locales donde se discuta y se pongan en juego las expectativas ideas y sentires de ellos frente a la forma como se puede vincular a las poblaciones vulnerables a los espacios escolares.

Fomentar la inclusión social de niños y jóvenes al espacio escolar, mediante estrategias de educación no formal, es decir, artes, deportes, cultura que permitan estimular la integración y la comunicación de las diferencias en un espacio libre de dialogo y propuestas de convivencia pacífica.

Ámbito IPS

Contar en las sedes asistenciales públicas con infraestructura adecuada para el desplazamiento de las personas en condición de discapacidad.

Continuar con las mismas acciones. (Con grupos y población sostenida en el tiempo para lograr así impacto. Implementar centro de vida independiente.

Ámbito Institucional

Fomentar acciones en las instituciones de adulto mayor con ejercicios de apropiación y proyección de su espacio familiar y comunitario en territorio social 1 y 2 acentuado en los barrios del territorio 1.

Fomentar el grupo de Rehabilitación basada en comunidad (RBC) kids.

Ámbito laboral

Fomentar estrategias de sensibilización para profesionales del área asistencial con el fin de dar credibilidad a las remisiones dadas desde la intervención de promoción de entornos de trabajo saludables y trabajo infantil

En cuanto a etnias se propone generar mecanismos para el fortalecimiento de la mesa étnica.

Ámbito comunitario

Acompañamiento y fortalecimiento permanente en derechos para población étnica Embera: Aumento en las acciones tendientes a la restitución de derechos; claridad en la normatividad relacionada con aseguramiento en salud, fortalecer redes que promuevan el buen trato al interior de las familias de las etnias Inga, Kitchwa y Embera para la prevención de las violencias. Fortalecer la intervención en seguridad alimentaria para los niños y las niñas con inclusión en los comedores comunitarios, jardines de la SDIS y programas de inclusión como la canasta indígena.

Fortalecer la intervención desde entornos saludables con la población Embera para la incorporación de hábitos de vida saludable en el marco de la interculturalidad.

Diseñar una propuesta de intervención psicosocial desde la medicina tradicional de la comunidad Inga ya que es indispensable el trabajo desde una comprensión de las problemáticas desde la lógica inherente a estos grupos.

Ámbito escolar

Es prioritario para las Instituciones escolares la inclusión de los niños de grupos étnicos al sistema educativo.

Ámbito IPS

Contar con gestores indígenas que permitan el acercamiento del sector salud a estas comunidades.

Transversalidad de género y orientación sexual

Fortalecer la estrategia “Nuestro punto de encuentro” desde la población en condición de habitante de calle

Ámbito comunitario

Sensibilizar a la comunidad y demás actores institucionales y organizaciones en las acciones adelantadas en la localidad para lograr mayor integralidad en las respuestas a las y los habitantes de calle.

Dar continuidad a los Centros de Escucha adelantados como propuesta metodológica desde la intervención. Fortalecerlos y posicionarlos dando a conocer a la comunidad y a las y los Habitantes de Calle, los servicios ofertados desde el Hospital. Continuar la articulación con diferentes intervenciones del Hospital, con Fundaciones y organizaciones e instituciones del orden local y distrital para dar respuestas integrales a las y los Habitantes de Calle.

Ámbito laboral

Desarrollar proyectos productivos dirigidos a las y los habitantes de calle, ampliación de la oferta institucional para vinculación laboral, capacitación a la población con acompañamiento desde el componente de Salud Mental, El Estado como garante de unos mínimos vitales para la población como dormitorios en condiciones adecuadas, seguridad alimentaria y duchas para una higiene también adecuada, todo esto apuntando.

Desde la población de personas en ejercicio de prostitución

Ámbito comunitario

Revisar las temáticas de las capacitaciones que se están llevando a cabo en conjunto con la Secretaría de Integración Social (SDIS), iniciar una línea de investigación relacionada con la caracterización de las zonas comerciales en la localidad para Abordar la población en ejercicio de prostitución, mediante la implementación de un centro de escucha ubicado estratégicamente desde una perspectiva integral que aborde problemáticas como la salud mental, la explotación sexual y la vulneración de derechos. Articular las acciones de acompañamiento con el actuar de las otras líneas de intervención del Hospital, para dar respuestas asertivas ante ésta problemática. Desarrollar acciones preventivas sobre factores desencadenantes en el deterioro de la calidad de vida de las personas adultas que ejercen ésta actividad.

4.6.5 Tema generador 5

Todos y todas a garantizar el derecho a la salud.

Núcleo Problemático 5. Barreras de acceso administrativas y físicas en los servicios de Salud para las personas que habitan en los barrios; El Listón, La Estanzuela, La Favorita, La Florida, La Pepita, La Sabana, Paloquemao, Panamericano, Ricaurte, Samper Mendoza, Santa Fe, San Victorino

y Voto Nacional lo cual puede incidir en la presencia de eventos de salud prevenibles para todas las etapas de ciclo vital, vulnerando el derecho a la salud.

Es necesario articular los mecanismos locales para apoyar los procesos que faciliten la consecución de los documentos de identidad de los diferentes grupos poblacionales (desplazados, grupos étnicos, poblaciones LGBT y con alta vulnerabilidad como los niños, niñas, personas mayores y con discapacidad), mitigando las barreras sociales, culturales y económicas, permitiendo que el individuo sea un sujeto de derecho y que ejerza estos como ciudadano.

Ámbito comunitario

Desde salud oral se propone desarrollar el Modelo Integral de “ Salud Oral SOLES “, en otras organizaciones que no tienen la posibilidad de recibir procesos de salud oral, enfocados a menores de 5 años en hogares de bienestar social (HOBIS) de la localidad. Definir en articulación con la Secretaría de Integración Social (S.D.I.S), la temática de salud oral como tema para trabajar con los usuarios en los comedores comunitarios. Generar propuestas de intervención articulando el PIC y el POS para la atención en salud oral de pacientes de todas las etapas de ciclo vital con problemas de caries avanzadas de alto riesgo (niños menores de 5 años deben ser atendidos por odontopediatras), fortalecer convenios docente-asistenciales para la atención de jóvenes con mal oclusión y presencia de terceros molares incluidos o semi incluidos y fortalecer la corresponsabilidad de los padres de familia en la salud oral de sus hijos.

Para poblaciones étnicas: acompañamiento y fortalecimiento permanente en la restitución de derechos fortaleciendo los procesos de formación, capacitación y participación de la comunidad y las instituciones locales para llegar a estas comunidades, con intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad teniendo en cuenta el contexto Cultural.

Ámbito institucional

Fomentar en los individuos derechos y deberes en salud teniendo presente la cultura de un envejecimiento activo y las prácticas de promoción y prevención desde un abordaje intergeneracional.

Ámbito escolar

Aumentar la cobertura en los colegios que no hacen parte del programa de salud oral. Involucrar a la comunidad educativa, facultades de odontología y aseguramiento de la ESE, para que se articule el programa de salud oral a procesos efectivos de superación de barreras de accesos. Gestionar con el régimen contributivo, para que los estudiantes de las facultades de odontología realicen los tratamientos de los estudiantes que hacen parte del programa.

Aumentar la cobertura de la ruta saludable de la ESE para que los escolares puedan ser transportados a los diferentes servicios asistenciales y se garantice su atención. Generar procesos de remisión y contra remisión oportuna a los servicios de salud visual, para que se pueda desarrollar la identificación de las problemáticas relacionadas y se dé el tratamiento efectivo con calidad.

Desarrollar acciones masivas de capacitación desde la ESE donde se trabaje en derechos en salud, estrategias de restitución efectiva de derechos, que pueden desarrollar las comunidades educativas, generación de espacios de reflexión y toma de decisiones sobre las barreras de acceso y la calidez de los servicios que se prestan a la comunidad.

Ámbito comunitario

Fortalecer la intervención en seguridad alimentaria de las familias Embera con inclusión en los

comedores comunitarios y la canasta indígena alimentaría. Fortalecer las intervenciones en salud mental con enfoque diferencial con los y las jóvenes indígenas.

Desde la población en condición de Desplazamiento

Ámbito familiar

Generar espacios con enfoque interdisciplinario para el análisis de la situación de los desplazados, con el fin de aunar esfuerzos en las respuestas que se les brinden. Contratar de nuevo los servicios de asesoría para la intervención de las familias en condición de desplazamiento con el fin de asesorarlos sobre los decretos y leyes que los favorece por ser población desplazada.

Ámbito comunitario

Continuar con la intervención de AIEPI en el territorio. Desarrollar acuerdos que permitan el aseguramiento total de la población y la atención oportuna. Generar procesos conjuntos PIC - POS que permitan sensibilizar a todo el personal del Hospital acerca de la salud como derecho y no solo como un servicio. Implementar ejercicios de diálogo de saberes que permitan identificar creencias en el tema de la salud, actitudes, percepciones sobre el estado de salud, expectativas, demandas, prioridades.

Ámbito IPS

Establecer el Programa de inducción a la demanda a través de la estrategia comunicacional integral de la promoción de rutas de atención y el portafolio de servicios del POS y el PIC que promueva el derecho a la información y a la atención de la población beneficiaria de la localidad. Abordaje integral desde los ámbitos de vida cotidiana a grupos poblacionales habitante de calle, desplazados y grupos étnicos por etapa de ciclo vital con acciones de detección, sensibilización, caracterización, asesoría en proyectos de vida fortalecidos por la red de apoyo sectorial. Articular el trabajo con la Oficina de Mercadeo de la institución para la información actualizada de los servicios asistenciales y se encargará de apoyar en los mecanismos de difusión a la comunidad, el ámbito IPS socializará en las Unidades Asistenciales y en las IPS privadas objeto de las intervenciones de cualquier PDA, Transversalidad, Estrategia o Programa los documentos y piezas comunicacionales a los profesionales, técnicos asistenciales y administrativos.

4.6.6 Tema generador 6

En búsqueda de mejores oportunidades educativas y laborales para los y las habitantes de Mártires.

Núcleo Problemático 6. **Alta dependencia económica, desempleo y trabajo informal que se asocian a bajos niveles educativos y falta de oportunidades laborales afectando la calidad de vida de los habitantes del territorio 1 y 2 de la localidad de Los Mártires, generando, inestabilidad en el grupo familiar y social que se manifiesta en violencia intrafamiliar, explotación sexual infantil, desnutrición vulnerando los siguientes derechos: trabajo, vivienda, educación, salud, seguridad social, alimentación, nutrición, y a la seguridad económica.**

Ámbito familiar

Permitir que las personas trabajadores informales sean capacitados en el manejo higiénico de alimentos, de manera gratuita o pagando una cuota de acuerdo a las condiciones económicas de ellos (estratos 1 y 2). Aumentar el número de capacitaciones de riesgos profesionales al trabajador informal que se identifica desde la intervención. Implementar una matriz de caracterización del

trabajador informal para poder tener una base de datos de las familias que comparten el uso productivo con el habitacional, con el fin de hacer la canalización a la intervención y el respectivo seguimiento. Aumentar la cobertura de la intervención contando con un mayor tiempo para las visitas a los trabajadores informales.

Ámbito comunitario

Articular las acciones con otros sectores en temas productivos para obtener desarrollo económico en proyectos productivos. Generar acuerdos con instituciones de educación técnica, tecnológica y profesional (ciclos propedéuticos) que permitan facilitar el acceso a los programas de educación superior. Construir alternativas productivas, proyectos de desarrollo comunitario, acordes a los intereses y las necesidades de los niños y niñas, adultos/as, jóvenes, persona mayor en los territorios sociales. Mantener continuidad con los grupos y generar articulación a fin de contribuir al mejoramiento de la cotidianidad de los miembros de los mismos.

Capacitar a los referentes de las diferentes tareas del ámbito en cuanto al desarrollo y creación de proyectos productivos ya que esto puede permitir un mejor asesoramiento a los jóvenes para seguir un proyecto de vida.

Ámbito laboral

Fortalecer acciones de gestión que permitan la garantía del derecho a la alimentación y nutrición de la población con trabajo informal en condición de discapacidad. Ampliar la cobertura poblacional para la identificación y caracterización de casos de niños/as trabajadoras a lo largo del año, en donde se cuente además con profesionales formados en el tema étnico para adecuar esta intervención de acuerdo a las costumbres de cada cultura garantizando los derechos universales de la niñez.

Ámbito institucional

Organizar un acompañamiento individualizado por Institución, iniciando procesos de sensibilización e inducción teórico-práctica, para la realización de actividades productivas y de manejo del tiempo libre, por medio de visitas lúdicas bimensuales y el desarrollo de guías de estructuración de sustentos teóricos que soporten la realización de dichas actividades.

4.6.7 Tema generador 7

Pégate a la ruta del ocio recreativo en los Mártires

Núcleo Problemático 7. **Restricciones individuales, culturales y de oferta para el disfrute del ocio recreativo de los y las habitantes en los territorios sociales 1 y 2, lo cual incide en baja participación, deserción de las actividades y por ende, poca práctica de actividad física en la población, aumentando el riesgo a eventos de salud prevenibles**

Ámbito Comunitario

Continuar fomentando el programa “Tú vales” y “Muévete comunidad”, promover apropiación en el cuidado de los parques barriales y de bolsillo, ubicados principalmente en las UPZ 102; que son pocos pero son una oportunidad de construir espacios de desarrollo de actividad física.

Ámbito escolar

Implementar el programa de actividad física en Jardines Infantiles y otras Instituciones educativas Distritales (IED) de la localidad, establecer programas que apunten a la apropiación de espacios físicos adecuados para la recreación, juego y realización de prácticas de actividad física; contar con ofertas de deportes extremos para los jóvenes de los territorios. Fortalecer el fomento de la práctica de actividad física en la localidad, pues ésta se considera como un factor sinérgico de múltiples necesidades humanas, que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población. Se puede hacer desde los programas “Muévete Comunidad” y “Tú vales”, promoviendo la inclusión de población adulta entre sus participantes.

4.7 Propuestas Transectoriales y Comunitarias

A continuación se hace referencia al trabajo transectorial construido a través del equipo territorial transectorial de los Mártires con las comunidades de los territorios sociales 1 y 2 en el marco de la gestión social integral, a través de las mesas territoriales y de los subcomité del CLOPS, que forman parte integral de las agendas locales construidas durante el año 2010.

4.7.1 Territorio social 1

4.7.1.1 Núcleo problemático 1

Los núcleos problemáticos recogen los 27 problemas que se evidenciaron en el territorio social 1 en las mesas territoriales realizadas durante los años 2009-2010, los cuales fueron agrupados, desde un ejercicio concertado con el equipo transectorial, teniendo en cuenta las relaciones existentes entre los problemas definidos, siendo algunos de ellos causas o consecuencias de problemáticas mayores, que se articulan en la definición del núcleo.

Frente a cada uno de los núcleos problemáticos, se han establecido propuestas de intervención desde lo transectorial, y lo comunitario 1. Estas se constituyen en agenda social, para cada uno de los territorios, con sus respectivos planes operativos, a implementarse durante el 2011. El desarrollo de agendas sociales territoriales llevan implícita la intención del fortalecimiento de las organizaciones comunitarias en sus aspectos relacionados con la promoción del liderazgo, el mayor acercamiento a la comunidad, la repolitización de la democracia y el logro de mayor participación en el ámbito de lo público.

4.7.1.2 Núcleo problemático 2

Ambientes poco saludables para los habitantes del territorio, lo cual se evidencia en contaminación ambiental (visual, del agua, aire, auditiva, por basuras), inadecuado uso del espacio público, los espacios existentes no son propicios para la recreación y las viviendas están en condiciones inadecuadas, hacinamiento y deficiencia en las acometidas y redes de servicios públicos, en los barrios El Listón, La Estanzuela, La Favorita, La Florida, La Pepita, La Sabana, Paloquemao, Panamericano, Ricaurte, Samper Mendoza, Santa Fe, San Victorino y Voto Nacional.

Propuesta Transectorial

Construcción de una agenda social ambiental para el territorio social uno en cumplimiento de la política ambiental en construcción por la administración distrital. Desarrollar la conciencia ambiental en los habitantes de la localidad. Mediante el desarrollo de diferentes estrategias: 1. La participación de la comunidad en las mesas territoriales se recoge en las relatorías, las cuales pueden ser consultadas en el archivo del área territorial de la Subdirección Local de Mártires. SDIS 2010 2. Tomado del documento Metodologías para apoyar la implementación del Sistema Distrital

de Participación Ciudadana en las Localidades de Bogotá. Año 2008. Jornadas de mitigación de las problemáticas ambientales, de limpieza y embellecimiento, Educación ambiental; Fortalecimiento de la Comisión Local Ambiental (CAL).

Propuesta Comunitaria

1. Elaboración de volantes para repartir en todas las casa, con el fin de educar a las familias para evitar botar basuras a la calle y el adecuado manejo de basuras para poder hacer separación en la fuente dirigido a los recicladores.
2. Campañas educativas por diferentes medios para enseñar a reciclar.
3. Con la policía imponer comparendos ambientales.
4. Realizar campañas de limpieza con la comunidad.
5. Apoyo a las escuelas de formación educativa, cultural y deportiva.
6. Charlas gratuitas sobre la prevención y atención de emergencias.
7. Se debe revisar por parte de bomberos las redes eléctricas, y rutas de evacuación en la zona del Ricaurte.
8. Recuperación ambiental: Vincular a los diferentes ciclos vitales para que en sus entornos germinen, siembren y cuiden árboles en espacios destinados para dicha labor.
9. Desarrollar propuestas de productividad para generación de ingresos de las poblaciones vulnerables, como lo son los recicladores que tienen clara incidencia en el núcleo.
10. Trabajar con las Juntas de Acción Comunal, los comerciantes pequeños y microempresarios.

Los responsables de la implementación de las intervenciones son: Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), Dirección de Prevención y Atención de Emergencias (DPAE), Secretaría Distrital de Movilidad (SDM), Secretaría Distrital de Educación (SDE), Secretaría Distrital de Hábitat (SDH), Secretaría Distrital de Planeación (SDP), Secretaría Distrital de

Cultura, Recreación y Deporte (SDCRD), Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD), Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), Hospital Centro Oriente (HCO), Policía Nacional, Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP), Equipo territorial Transectorial para el territorio social 1; Líderes comunitarios, juntas de Acción Comunal, Organizaciones Sociales, ONGs Comunidad de Base, entre otros.

4.7.1.3 Núcleo problemático 3

Entornos y relaciones maltratantes en el ámbito familiar, lo cual se expresa en explotación laboral infantil, explotación sexual infantil, violencia intrafamiliar (emocional, física, abandono, sexual y económica), en los barrios El Listón, La Estanzuela, La Favorita, La Florida, La Pepita, La Sabana, Paloquemao, Panamericano, Ricaurte, Samper Mendoza, Santa Fe, San Victorino y Voto Nacional.

Propuesta Transectorial

1. Alternativas artísticas y recreo deportivas permanentes para los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y familias, en los barrios de Santa fe, La Favorita, Voto Nacional, El Listón, La Estanzuela, que permita el desarrollo de capacidades y potencialidades, fortaleciendo la convivencia en sus entornos y relaciones familiares. Fases: Fase I Articulación de espacios para el desarrollo de la estrategia Fase II. Formulación de un plan para el desarrollo de las alternativas Fase III. Definición de criterios de ingreso Fase IV. Implementación de la estrategia. Fase V. Evaluación y seguimiento 2. Proyecto de Atención Integral, Prevención y Seguimiento a Familias en condición de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia y explotación sexual con un enfoque de promoción, reconocimiento, garantía y restablecimiento de derechos, de género, transectorialidad, participación y corresponsabilidad. Componentes: atención terapéutica, prevención y promoción (sensibilización, formación), seguimiento, movilización social, desarrollo y promoción de capacidades, comunicación, generación de ingresos a familias y coordinación intersectorial.

Propuesta Comunitaria

Comprometer a la familia y centros educativos en la crianza y cuidado de los niños y jóvenes.

Los responsables de la implementación de las intervenciones son: Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Educación (SDE), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), Secretaría Distrital de Salud, (SDS), Hospital Centro Oriente (HCO), Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), Personería, Defensoría, Fiscalía, Casa de la justicia, Procuraduría, Policía Nacional, Equipo territorial transectorial territorio Social 1-La Sabana, Líderes comunitarios, las Juntas de Acción Comunal, Organizaciones Sociales, Comunidad de Base .

4.7.1.4 Núcleo problemático 4

Contextos violentos y conflictos en el territorio, que se traducen en la constitución de pandillas delincuenciales, inseguridad para los y las habitantes del territorio, conflictividad urbana ; aunque se presenta en todo el territorio, concentrada en los barrios, La Favorita, Voto Nacional, La Pepita, La Estanzuela, Santa Fe, La Sabana, y Paloquemao

Propuesta Transectorial

1. Generar un proyecto de capacitación para la comunidad en temáticas relacionadas con convivencia, conflictos, relaciones de poder, pautas de crianza, afectividad, sexualidad y valores, y derechos humanos. 2. Crear un proyecto a nivel local que incluya capacitación en iniciativas productivas con oportunidades laborales y de organización de empresa para fortalecer los procesos de convivencia en la comunidad.

Propuesta Comunitaria

1. Conformación de policía comunitaria, capacitada en resolución de conflictos y mediación.

2. Talleres de formación para la comunidad en relaciones de poder, pautas de crianza
3. Capacitación en iniciativas productivas con posibilidades laborales y de construcción de empresa
4. Capacitación y talleres comunitarios en solidaridad y valores
5. Fortalecimiento de la comunidad para trabajar unidos y organizados
6. Talleres de resolución de conflictos con padres y adolescentes
7. Mayor divulgación y visualización de los proyectos (megáfono, volantes)
8. Realizar talleres comunales en conjunto con la policía y mejorar oportunidades laborales
9. Generar un proyecto a nivel distrital que incluya capacitación y trabajo.
10. Frente común en los cuatro puntos cardinales con apoyo de las autoridades,
11. Aprovechamiento del tiempo libre de las personas que delinquen en actividades como: electrónica, ensamble de computadores, fútbol, música, arte,
12. Mejorar los canales de denuncia para que la gente los utilice
13. Generar un proyecto donde se motive y se enseñe a trabajar en equipo para fortalecer procesos comunitarios, los responsables de la implementación de las intervenciones son: Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Educación (SDE), Instituto Distrital, de la Participación y Acción Comunal (IDPAC) Secretaría Distrital de Salud, (SDS), Hospital Centro Oriente (HCO),Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), Secretaría Distrital de Gobierno (SDG),Secretaría Distrital de Desarrollo Económico (SDDE), Secretaría Distrital de Cultura Recreación y Deporte (SDCRD), Consejo Distrital de Seguridad, Policía Nacional, Equipo territorial transectorial del Territorio Social 1-La Sabana, Líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal, Organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

4.7.1.5 Núcleo problemático 5

Barreras de acceso y coberturas en los servicios sociales que brindan (Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Distrital de Educación, Secretaría de Integración Social, Secretaría Distrital de Ambiente, Secretaría Distrital de Gobierno, Secretaría Distrital de Hábitat, Secretaría Distrital de Movilidad, Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal, Dirección de Prevención y Atención de Emergencias, Hospital Centro Oriente, Policía entre otros)en los barrios El Listón, La Estanzuela, La Favorita, La Florida, La Pepita, La Sabana, Paloquemao, Panamericano, Ricaurte, Samper Mendoza, Santa Fe, San Victorino y Voto Nacional.

Propuesta Transectorial

1. Desarrollar mecanismos relacionados con la difusión y divulgación de los derechos y deberes en un ejercicio de corresponsabilidad que ejercite la participación ciudadana en torno a la exigibilidad de los derechos y que permita el acceso a la oferta institucional y la claridad para acceder a los mismos. 2. Consolidar la ruta de servicios por cada entidad.3. Socialización de la oferta institucional y divulgación mediante diferentes estrategias, entre ellas publicación para los habitantes del territorio de una Ruta para el ejercicio de los derechos en el marco de la GSI, creación de una línea de atención integral. 4. Articulación institucional que permita difundir y canalizar la oferta y la vulneración de los derechos que busca el fortalecimiento de los servicios y el acceso en la localidad. Rutas transectoriales 5. Crear un centro de recepción de quejas, reclamos e iniciativas comunitarias y de información actualizada donde se divulguen los servicios que se prestan en cada institución de la localidad y las actividades de capacitación dirigidas a la ciudadanía. En donde haya una respuesta acertada y un seguimiento a todas las situaciones que se acojan.6. La reforma a la ley 100.

Propuesta Comunitaria

1. Debe existir adecuada administración de los recursos y que en la medida de lo posible los aportes a salud no vengan de los Cigarrillos, el azar y las bebidas alcohólicas. 2. Se deben fortalecer las redes sociales en torno a las barreras que se identifiquen, y crear conciencia entre las personas involucradas para que se respeten las políticas existentes.3. Crear un centro de recepción de quejas, reclamos e iniciativas comunitarias y de información actualizada donde se divulguen los servicios que se prestan en cada institución de la localidad y las actividades de capacitación dirigidas a la ciudadanía. En donde haya una respuesta acertada y un seguimiento a todas las situaciones. 4. Debe existir control sobre las instituciones, así como el manejo y administración de los recursos. 5. Se debe divulgar la información sobre lo concerniente a la salud, y capacitar a los funcionarios sobre procesos que minimicen la tramitología para la consecución de atención como citas médicas y medicamentos. Las entidades que participarían en la implementación de dichas acciones son: Alcaldía Local Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), Secretaría Distrital de Educación (SDE), Secretaría Distrital de Gobierno (SDG), Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS),Secretaría Distrital de Hábitat (SDH), Secretaría Distrital de Movilidad (SDM), Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte (SDCRD), Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC),Dirección de Prevención y Atención de Emergencias (DPAE),Hospital Centro Oriente (HCO) ,Policía Nacional, Equipo territorial transectorial territorio 1 , Líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal, Organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

4.7.1.6 Núcleo problemático 6

Situaciones de fragilidad social (personas en situación de prostitución, con discapacidad, en situación de desplazamiento, consumidoras de sustancias psicoactivas -SPA-, desempleadas y

habitantes de calle) en los barrios El Listón, La Estanzuela, La Favorita, La Florida, La Pepita, La Sabana, Paloquemao, Panamericano, Ricaurte, Samper Mendoza, Santa Fe, San Victorino y Voto Nacional.

a) Personas en Situación de Prostitución, en los barrios La Favorita y Santa Fe

Propuesta Transectorial

Desde el comité de prostitución se está revisando el nuevo acuerdo de voluntades en la zona de alto impacto. Propuestas surgidas en los conversatorios del mes de septiembre del Comité Extraordinario de Prostitución: 1. Construir y apoyar acuerdos entre residentes, establecimientos y trabajadoras. 2. Presencia y control por parte de la fuerza pública. 3. Acciones para mejorar la convivencia. 4. Apoyo a mejoramiento del entorno: control de sonido y basuras. 5. Acciones en movilidad. 6. Acciones que promuevan y fortalezcan seguridad del sector. 7. Acciones institucionales y corresponsabilidad. 8. Acciones de comunicación e información. Los responsables de la implementación de la intervención son: Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Salud (SDS), Secretaria Distrital de Ambiente (SDA), Secretaria Distrital de desarrollo Económico (SDDE), Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), Secretaria Distrital de Gobierno (SDG), Secretaria Distrital de Planeación (SDP), Secretaria Distrital de Cultura Recreación y Deporte (SDCRD), Secretaria Distrital de Movilidad (SDM), Corporación OPCION, Unidad de Mediación y Conciliación y Hospital Centro Oriente (HCO)

b) Personas con discapacidad (PCD):

Propuesta Transectorial

Construcción de un Plan de Acción para la intervención integral de la Población con discapacidad, desde el Consejo de Discapacidad de la localidad de los Mártires. Para lo cual se desarrollarían acciones como: 1. Implementar Estrategias comunicativas orientadas a la integración de las PCD en los distintos escenarios locales y distritales. Mediante el diseño de una propuesta que será presentada al delegado de prensa a nivel local. 2. Se realizara una convocatoria al delegado de prensa local y su equipo a un ejercicio de sensibilización donde se presentara la estrategia de RBC enmarcado en la PPDD, donde se generara un compromiso de las partes. 3. Obtener un espacio mensual de divulgación en 4. Prensa, radio y televisión específico para divulgación de acciones, de los diferentes actores de la localidad en el tema de discapacidad. 5. Cualificación de PCD jóvenes y adultas en competencias laborales, ligadas a procesos de inclusión laboral. Mediante la generación de competencias que pueden servir como referente para el desempeño de los puestos de trabajo en la organización y también para la conformación de programas de formación. Cada puesto de trabajo tendrá claramente especificadas las unidades de competencia que deben ser certificadas para su ejercicio competente. Generar una cualificación laboral que tenga unidades aplicables a más de un puesto de trabajo; de este modo se favorece la movilidad laboral. 6. Continuidad en la estrategia de prevención de enfermedades evitables e higiene laboral. Mediante el empoderamiento de los trabajadores informales en herramientas prácticas que les permita mejorar su calidad de vida en el medio laboral y estas a su vez les permitan tener hábitos adecuados de higiene laboral para evitar posibles discapacidades. 7. Estrategias de apoyo institucional para la implementación de proyectos productivos para PCD en condiciones saludables. Asesorar la elaboración de proyectos productivos que permitan la formalidad en los trabajadores informales y creación de proyectos productivos enfocados a la mano de obra de personas con discapacidad. 8. Continuar la asesoría a empresas formales para promover la inclusión de personas con discapacidad en la nómina de las empresas formales, para que esta sea efectiva es indispensable que la Alcaldía y la ULDE generen normas en la

localidad a las empresas formales de que esto se ejecute y se cumpla. 9. Adecuación y/o mejoramiento de andenes y cruces sanforizados para PCD. Mediante la generación de una alianza que mejore la infraestructura de la localidad de los mártires que permita que esta sea accesible, con la construcción de andenes, rampas y semáforos que permitan la movilidad de las personas con discapacidad. 10. Apoyo a redes sociales de personas con discapacidad en proyectos e iniciativas sociales y en acciones lúdico-recreativas que fomenten su salud física y mental. Mediante la Creación de escuelas deportivas para las personas con discapacidad.

Propuesta Comunitaria

1. Fortalecer y visualizar los centros de respiro para las personas en situaciones de discapacidad y para los cuidadores, planteando actividades separadas para que los cuidadores puedan realizar actividades y socializar con otras personas sin tener que estar pendiente de las personas en situación de discapacidad. 2. Incluir en el Plan Centro la adecuación de andenes (nivelación) y semáforos (con pitos) para facilitar la movilidad de las personas en situación de discapacidad. 3. Crear el servicio social (Obligatorio o voluntario) de acompañamiento para las personas en situación de discapacidad. 4. Diseño de estrategias de comunicación para mejorar el trato y las posibilidades de socialización hacia y entre las personas en situación de discapacidad. Los responsables de la ejecución de dichas propuestas son: Alcaldía local, Unidad Local de Desarrollo Económico (ULDE), Secretaría Distrital de Desarrollo Económico (SDDE), Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Secretaría Distrital de Movilidad (SDM), Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), Hospital Centro Oriente (HCO), Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC) y el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD). Equipo territorial transectorial Territorio Social 1-La Sabana, Líderes Comunitarios, Juntas de Acción Comunal, Organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

c) Población en condición de desplazamiento

Propuesta Transectorial

Construcción de un Plan de Acción para la intervención integral de la población en situación de desplazamiento, desde el Comité de Desplazados de la localidad de los Mártires.

Propuesta Comunitaria

1. La Subdirección de Integración Social y los Gestores Locales del Programa Red Juntos de Acción Social, pueden servir de punto de enlace entre las ofertas institucionales y la población en situación de desplazamiento. 2. Proyecto de Socialización de Rutas Integrales de Atención a través de Medios Masivos y Locales de Comunicación. 3. Proyecto de huertas caseras y comunitarias urbanas: Proyecto de promoción de la economía solidaria en población desplazada, a través del fortalecimiento de una Red de Seguridad Alimentaria que promueva principios y técnicas de ecología y agricultura urbana, economía solidaria y alternativas de generación de ingresos (cultivo y comercialización de hongos y caracoles) para un grupo de familias. 4. Casas, lugares de encuentro para la población en situación de desplazamiento que funcionen como centros de productividad, promoción de la autonomía de la población, donde se faciliten herramientas, maquinaria y capacitaciones para la población. En este espacio físico deberá centralizarse la información sobre las respuestas integrales a la población en situación de desplazamiento. 5. Ampliación para la disponibilidad de cupos de Alojamientos temporales de Integración Social para la población en situación de desplazamiento en fase de Urgencia. 6. Que dejen de vaciar territorios y de llenar tanques. Que el 4% de la población que tiene el 80% de los territorios sean asignados a la población en desplazamiento. No sembrar más palma. Terrenos para garantizar el auto sustento y no el pastoreo. Paz en los territorios para evitar el desplazamiento. 7. Reabrir los

alojamientos temporales y/o utilizar la figura del comodato para crear nuevos alojamientos (Utilizar las casas que están deshabitadas en el centro). 8. Fomentar la creación de huertas urbanas para el auto sustento, la seguridad alimentaria y estudiar la posibilidad de su uso también con fines comerciales. 9. Trabajo y gestión local para el retorno o reubicación dignos teniendo en cuenta la repartición de tierras. 10. Gestionar el retorno de la población a su lugar de origen, 11. Socializar las acciones que llevan a cabo las instituciones, 12. Gestionar la Reubicación a las personas víctimas de desplazamiento interno por el POT, por medio de casas en comodato. Mientras que ubica un lugar de vivienda. Desde la secretaria de hábitat o la alcaldía o la ERU. Los responsables de la implementación de la intervención son: Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Educación (DLE), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF),Secretaría Distrital de Salud (SDS),Secretaría Distrital de Gobierno(UAO), Hospital Centro Oriente, Secretaría Distrital de Hábitat, Secretaría Distrital de Desarrollo Económico (SDDE), Registraduría Auxiliar, Acción Social, Policía Nacional, ASOFADESCOL, FAVIDES, RED JUNTOS, CORPORACIÓN REV).

d) Personas consumidoras de sustancias psicoactivas -SPA

Propuesta Transectorial

1. Crear estrategias con Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos para trabajar con estudiantes, instituciones y comunidad en general 2. Formulación de un proyecto para la prevención del consumo de SPA, para los jóvenes de la localidad en coordinación con la Alcaldía local, Hospital centro oriente y SDIS Secretaria de Integración Social 3. Concertación de una ruta de atención a personas con problemas de consumo de SPA. Socialización de los procesos con otras instituciones y sectores comunitarios que manejan canales de información y comunicación.

Propuesta Comunitaria

1. Que los jóvenes conozcan más sobre el consumo, para que no caigan en este por desconocimiento. 2. Trabajar en torno al consumo y consumidores. Diferenciación de consumo y consumidores. Para diferenciar así mismo su manejo. 3. Talleres de sensibilización del consumo, a la persona, la familia y al colegio 4. Trabajar instituciones con comunidad. 5. Difundir los programas gratuitos para el consumo. Hacer alianzas con Alcohólicos anónimos. Narcóticos Anónimos la estrategia de 12 pasos. 6. Trabajar comunidad educativa (la solución no es sacarlas del colegio) trabajar con la comunidad (Sacarlos de la casa no es la solución)

7. Hacer lugares de consumo cuidado (estudiar a los consumidores antes de abordarlos).

8. Se requiere un sitio para rehabilitar a los consumidores 9. Disminuir la edad en la que se empieza a realizar la sensibilización frente a las problemáticas del consumo de sustancias psicoactivas para que esto se haga desde 12 años que se vincule a la familia y de la comunidad educativa.

10. Traslado y control de los centros de consumo a partir de la creación de lugares de consumo cuidado para que estas experiencias también puedan ser incluidas en los programas de rehabilitación. 11. Coordinación entre todas las entidades que atienden la problemática para poder realizar un trabajo en conjunto e integral y no redoblar esfuerzos. 12. Divulgación de los programas de rehabilitación que ya existen. 13. Reconocimiento de indicadores de adicción para poder establecer un trato y tratamiento diferenciado entre adictos y consumidores (no todos los consumidores son adictos) que permita crear centros de rehabilitación diferenciados para niños, niñas, jóvenes y adultos que son consumidores pero no adictos. Los responsables de la implementación de la intervención son: Alcaldía

Local, Secretaria Distrital de Educación (SDE), Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Secretaria Distrital de Cultura, Recreación y Deporte (SDCRD), Secretaria Distrital de Planeación (SDP), Secretaria Distrital de Desarrollo Económico (SDDE), Secretaria Distrital de Salud (SDS), Hospital Centro Oriente (HCO), Policía Nacional y Equipo territorial transectorial Territorio Social 1-La Sabana Líderes comunitarios, las Juntas de Acción Comunal, organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

e) Personas en situación de desempleo

Propuesta Transectorial

1. Generación de ingresos para los habitantes del territorio social 1, que les permita vivir en condiciones dignas 2. Mejorar la formación para el trabajo de los habitantes de la localidad, asociada a la vinculación laboral y o formalización del trabajo. Promoción y conformación de redes productivas. 2.Integración de los empresarios y habitantes que hacen parte de la cadena generando compromisos frente a la responsabilidad social en el territorio. 3. Fomento del empleo formal, Formulación y sostenibilidad de proyectos productivos, Acceso a créditos, Generación de pactos con industriales y comerciantes en el marco de la RSE, Generar acuerdos con instituciones de educación básica, secundaria y media, que permitan culminar el bachillerato. Promover la formación técnica con base en el perfil económico del territorio. 3. Divulgación de la oferta laboral interinstitucional existente 4. Creación de convenios para la formación específica de acuerdo al perfil económico del territorio. 5. Conformación de mesas de trabajo con trabajadores informales en las que se acuerden estrategias de formalización de trabajo.

Propuesta Comunitaria

Que haya una línea en productividad para los recicladores. Generación de ingresos para las mujeres cabeza de familia. Acercamiento y visibilización del trabajo hacia la comunidad de lo que está haciendo la ULDE. Estrategias productivas de apoyo financiero que incluyan un acompañamiento y asesoría para las personas que lo necesiten. Frente a esto las instituciones agregaron que este apoyo debe estar basado en la corresponsabilidad de las instituciones y de las personas beneficiarias para evitar el mal uso de los aportes realizados. Crear un centro de acopio de las iniciativas y productos elaborados por la comunidad que permitan la asociación entre varias personas y dar a conocer las iniciativas para enriquecerlas entre la comunidad que se vincule. Promover las Asociaciones. Redes empresariales. Flexibilización de los requisitos exigidos para los proyectos productivos, ya que hay un gran número de la población que no puede acceder a ellos y que NO se incluyan créditos como proyectos productivos ni de fortalecimiento ya que la comunidad no puede asegurar una rentabilidad y sostenibilidad de sus unidades productivas cuando se han hechos a través de préstamos. Incluir dentro del apoyo financiero y comercial las propuestas de producción cultural y adecuar la oferta de proyectos y de capacitaciones a las condiciones y gustos de los grupos poblacionales a los que pueden ir dirigidos. Generar un centro de encuentro permanente ente la comunidad y las instituciones para que las capacitaciones sean propuestas desde la misma comunidad según sus intereses gustos habilidades y necesidades. Retomar proyectos de reciclaje y adaptarlos a las condiciones particulares de la localidad. Continuidad en los proyectos institucionales y sus requisitos. Realización de Ferias, que permitan comercializar los productos. Contar con Capital semilla. Apoyo financiero y comercial para los proyectos productivos. Estrategias productivas de sostenibilidad. Fortalecimiento de las unidades de negocio. Acompañamiento y seguimiento a los proyectos presentados. Créditos sostenibles. Centro de acopio de las iniciativas Llevar los productos a las universidades Flexibilización de los requisitos para acceder a los servicios (Para juventud) Apoyo a la Productividad cultural.

Retomar el proyecto de reciclaje. Casas de engranaje de comunidad e instituciones. Concientizar a la comunidad para el reciclaje. Responsables de la implementación de las propuestas: Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Salud (SDS), Secretaria Distrital de Movilidad (SDM), Secretaria Distrital de Educación (SDE), Secretaría Distrital de desarrollo Económico (SDDE), Secretaría Distrital de Planeación (SDP), Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte (SDCRD), Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), Hospital Centro Oriente (HCO), equipo territorial transectorial, Territorio Social 1-La Sabana, líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal, organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

f) Habitabilidad en calle

Propuesta Transectorial

Fortalecimiento a los Centros de Escucha como estrategia para la intervención de la habitabilidad en calle. Con atención diferencial (Habitante de calle, ciclo vital, diversidad de género, poblaciones espaciales)

Propuesta Comunitaria

Crear la “Casa engranaje Arco Iris” como un centro de apoyo y organización para los habitantes de calle ya que los centros que existen en este momento, hogares de paso, son soluciones momentáneas pero no permiten generar ningún tipo de proceso ni representan un apoyo significativo. La “casa engranaje arco iris” se plantea como un centro de apoyo para la socialización y para promover actividades productivas, culturales, artísticas y de resolución de conflictos. Asesoría jurídica que empodere y permita el cumplimiento de los derechos de los habitantes de la calle. Proyectos productivos para eliminar gradualmente el asistencialismo que se ha promovido con los habitantes de calle con centros como los hogares de paso que no van más allá del aseo o una comida, y que permita que los habitantes de calle se planteen proyectos de vida. Comedores para habitantes de calle exclusivamente, ya que reciben discriminación en el contacto diario con el resto de la comunidad, y de ser posible aumentar los cupos en los ya existentes. Hacer una intervención para la zona del Bronx en recuperación de este territorio realizando trabajo Institucional (Terapéutico, Secretaria de Salud y Secretaria de Vivienda). Crear centros de consumo cuidado. Espacios para el habitante de calle que genere compromiso: transformación del reciclaje, fortalecimiento de proyectos de vida, que en contraprestación el habitante de calle realice acciones de cuidado, y embellecimiento de su entorno (Convenios con el SENA, ULDE, para capacitación, formación, y proyectos productivos. Los responsables de la implementación de dichas propuestas son:

Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Salud (SDS), Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), Secretaría Distrital de desarrollo Económico (SDDE), Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), Hospital Centro Oriente (HCO), Instituto Distrital para la Protección de la Niñez (IDPRON), Policía Nacional. Equipo territorial transectorial Territorio Social 1-La Sábana, líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal, organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

4.7.2 Territorio social 2

Los núcleos problemáticos recogen los 23 problemas que se evidenciaron en el Territorio Social 2 en las mesas territoriales realizadas durante los años 2009-2010, los cuales fueron agrupados, desde un ejercicio concertado con el equipo transectorial, teniendo en cuenta las relaciones existentes entre los problemas definidos, siendo algunos de ellos causas o consecuencias de problemáticas mayores, que se articulan en la definición del núcleo.

Frente a cada uno de los núcleos problemáticos, se han establecido propuestas de intervención desde lo transectorial, y lo comunitario (producto del ejercicio en las mesas territoriales). Estas propuestas se constituyen en agenda social para cada uno de los territorios, con sus respectivos planes operativos, a implementarse durante el 2011.

4.7.2.1 Núcleo problemático 1

Ambientes poco saludables para los habitantes del territorio, lo cual se evidencia en contaminación ambiental (visual, del agua, aire, auditiva, por basuras), inadecuado uso del espacio público, los espacios existentes no son propicios para la recreación y las viviendas están en condiciones inadecuadas, hacinamiento y deficiencia en las cometidas y redes de servicios públicos, especialmente en los barrios Eduardo Santos, Vergel, Progreso y Santa Isabel Sur.

Propuesta Transectorial

Construcción de una agenda social ambiental para el territorio social dos en cumplimiento de la política ambiental en construcción por la administración distrital. Desarrollar la conciencia ambiental en los habitante de la localidad. Mediante el desarrollo diferentes estrategias:

Jornadas de mitigación de las problemáticas ambientales, de limpieza y embellecimiento, Educación ambiental; Fortalecimiento de la Comisión Local Ambiental (CAL). El desarrollo de la agenda requiere la definición de las siguientes fases:

Fase 1. Proceso de formación y capacitación ciudadana: en temas como Plan Centro, POT, el adecuado uso del suelo industrial y comercial, verificación de la aplicación estricta y uniforme de las normas y sanciones relacionadas con el manejo adecuado de residuos y la contaminación ambiental; divulgación de la oferta institucional, manejo de sustancias industriales y procesos químicos, manejo de residuos sólidos, residuos líquidos, Tenencia inadecuada de mascotas y control de plagas.

Fase 2. Responsabilidad en manejo de residuos y sustancias químicas: en los puntos más críticos de la localidad, identificados por la comunidad. Fase 3. Inclusión y Cambio de actitud: Abordar la problemática de entornos sociales vulnerables, la cual hace referencia a la afectación de la salud ambiental por la indiferencia a la comunidad habitante de calle, consumo de sustancias psicoactivas y prostitución desde el enfoque de los factores determinantes de la salud y la recuperación y apropiación de los espacios públicos en el territorio.

Propuesta Comunitaria

Eduardo Santos requiere intervención del espacio público. Se debe concientizar a los dueños de los talleres de las problemáticas del barrio Eduardo Santos sobre el manejo de las basuras en las calles. Realizar reuniones con comerciantes y residentes del sector. Reunión con el sector comercial (alimentos, comida, carros, etc.); teniendo en cuenta que los comerciantes, administradores y propietarios de los locales comerciales son población flotante que laboran en la localidad de mártires, esto genera una dinámica particular que lleva a un ejercicio de corresponsabilidad. Controles (comparendos). Generar estrategias laborales con la población habitante de calle. Identificar los canales institucionales que reciben cada una de las problemáticas y conocer las estrategias de inversión. Actividades de sensibilización para la población joven Los responsables de la implementación de las intervención son: Alcaldía Local, Secretaria Distrital de Ambiente (SDA), Dirección de Prevención y Atención de Emergencias (DPAE), Secretaria Distrital de Movilidad (SDM), Secretaría Distrital de Educación (SDE), Secretaria Distrital de Hábitat (SDH), Secretaria Distrital de Planeación (SDP), Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte (SDCRD), Instituto

Distrital de Recreación y Deporte (IDRD), Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), Hospital Centro Oriente (HCO), Policía Nacional, Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos 4 (UAESP), Equipo territorial Transectorial para el territorio social 2 Santa Isabel; Líderes comunitarios, juntas de Acción Comunal, Organizaciones Sociales, ONG s, comunidad de base.

4.7.2.2 Núcleo problemático 2

Entornos y relaciones maltratantes en el ámbito familiar, lo cual se expresa en violencia intrafamiliar (emocional, física, abandono, sexual), maltrato infantil y abuso sexual infantil, especialmente en los barrios Eduardo Santos, Santa Isabel, Vergel, Veraguas y El Progreso.

Propuesta Transectorial

Desarrollar alternativas artísticas y recreo deportivas permanentes para los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y familia, en los barrios Eduardo Santos, Santa Isabel, Vergel, Veraguas y El Progreso, que permita el desarrollo de capacidades y potencialidades, fortaleciendo la convivencia en sus entornos y relaciones familiares.

Fases

Fase 1. Articulación de espacios para el desarrollo de la estrategia Fase 2. Formulación de un plan para el desarrollo de las alternativas Fase 3. Definición de criterios de ingreso Fase 4. Implementación de la estrategia Fase 5. Evaluación y seguimiento. Proyecto de Atención Integral, Prevención y Seguimiento a Familias en condición de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia y explotación sexual con un enfoque de promoción, reconocimiento, garantía y restablecimiento de derechos, de género, transectorialidad, participación y corresponsabilidad. Incluiría los siguientes componentes: Atención terapéutica, prevención y promoción (sensibilización, formación), seguimiento, movilización social, desarrollo y promoción de capacidades, comunicación, generación de ingresos a familias y coordinación intersectorial.

Propuesta Comunitaria

Que cada institución cumpla con su labor e informe y bien, que no desinforme a la comunidad. Generar medios de socialización sobre la manera como intervenir frente a cada caso. Las instituciones educativas deben ser los espacios para socializar el procedimiento. Que se utilicen los espacios para la recreación tanto de los jóvenes como de las familias. Ampliar los espacios en donde se pueda ofrecer actividad a los niños y niñas para que no estén solos. Recoger los niños, acompañarlos. Comprometer a la familia y centros educativos en la crianza y cuidado de los niños y jóvenes Los responsables de la implementación de las intervenciones son: Alcaldía Local, Secretaria Distrital de Educación (SDE), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), Secretaria Distrital de Salud (SDS), Hospital Centro Oriente (HCO), Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), Personería, Defensoría, Fiscalía, Casa de la justicia, Procuraduría, Policía Nacional, Equipo territorial transectorial Territorio Social 2-Santa Isabel, Líderes comunitarios, las Juntas de Acción Comunal, Organizaciones Sociales, Comunidad de Base .

4.7.2.3 Núcleo problemático 3

Contextos violentos y conflictos en el territorio, que se traducen en la constitución de pandillas delincuenciales, inseguridad para los y las habitantes del territorio, conflictividad urbana; en los barrios Eduardo Santos, El Vergel y Santa Isabel Sur, Santa Isabel, El Progreso, Veraguas.

Propuesta Transectorial

Generar un proyecto de capacitación para la comunidad en temáticas relacionadas con convivencia, conflictos, relaciones de poder, pautas de crianza, afectividad, sexualidad y valores, y derechos humanos. Crear un proyecto a nivel local que incluya capacitación en iniciativas productivas con oportunidades laborales y de organización de empresa para fortalecer los procesos de convivencia en la comunidad.

Propuesta Comunitaria

Conformación de policía comunitaria, capacitada en resolución de conflictos y mediación. Talleres de formación para la comunidad en relaciones de poder, pautas de crianza. Capacitación en iniciativas productivas con posibilidades laborales y de construcción de empresa. Capacitación y talleres comunitarios en solidaridad y valores. Fortalecimiento de la comunidad para trabajar unidos y organizados. Talleres de resolución de conflictos con padres y adolescentes. Mayor divulgación y visualización de los proyectos (megáfono, volantes). Realizar talleres comunales en conjunto con la policía y mejorar oportunidades laborales. Generar un proyecto a nivel distrital que incluya capacitación y trabajo. Frente común en los cuatro puntos cardinales con apoyo de las autoridades. Aprovechamiento del tiempo libre de las personas que delinquen en actividades como: electrónica, ensamble de computadores, fútbol, música, arte. Mejorar los canales de denuncia para que la gente los utilice. Generar un proyecto donde se motive y se enseñe a trabajar en equipo para fortalecer procesos comunitarios.

4.7.2.4 Núcleo problemático 4

Barreras de acceso y coberturas en los servicios sociales (Salud, Educación, Cultura, Secretaría de Integración Social, Alcaldía, local) en los barrios Santa Isabel, Santa Isabel Sur, El Vergel, El Progreso, Veraguas y Eduardo Santos.

Propuesta Transectorial

Desarrollar mecanismos relacionados con la difusión y divulgación de los derechos y deberes en un ejercicio de corresponsabilidad que ejercite la participación ciudadana en torno a la exigibilidad de los derechos y que permita el acceso a la oferta institucional y la claridad para acceder a los mismos. Consolidar la ruta de servicios por cada entidad. Socialización de la oferta institucional y divulgación mediante diferentes estrategias, entre ellas Publicación para los habitantes del territorio de una Ruta para el ejercicio de los derechos en el marco de la GSI, - línea de atención integral. Articulación institucional que permita difundir y canalizar la oferta y la vulneración de los derechos que busca el fortalecimiento de los servicios y el acceso en la localidad. Ruta Transectorial. Crear un centro de recepción de quejas, reclamos e iniciativas comunitarias y de información actualizada donde se divulguen los servicios que se prestan en cada institución de la localidad y las actividades de capacitación dirigidas a la ciudadanía. En donde haya una respuesta acertada y un seguimiento a todas las situaciones.

Propuesta Comunitaria

Debe existir adecuada administración de los recursos y que en la medida de lo posible los aportes a salud no vengan de los Cigarrillos, el azar y las bebidas alcohólicas. Se deben fortalecer las redes sociales en torno a las barreras que se identifiquen, y crear conciencia entre las personas involucradas para que se respeten las políticas existentes. Debe existir control sobre las instituciones, así como el manejo y administración de los recursos. Se debe divulgar la información sobre lo concerniente a la salud, y capacitar a los funcionarios sobre procesos que minimicen la tramitología para la consecución de atención como citas médicas y medicamentos. Las entidades que participarían en la implementación de dichas acciones son: Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), Secretaría Distrital de Educación (SDE), Secretaría Distrital de Gobierno (SDG), Secretaría

Distrital de Integración Social (SDIS), Secretaría Distrital de Hábitat (SDH), Secretaría Distrital de Movilidad (SDM), Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte (SDCRD), Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), Dirección de Prevención y Atención de Emergencias (DPAE), Hospital Centro Oriente (HCO), Policía Nacional, Equipo territorial transectorial Territorio 2, Líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal, Organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

4.7.2.5 Núcleo problemático 5

Situaciones de fragilidad social (personas con discapacidad, consumidoras de sustancias psicoactivas -SPA-, desempleo, habitabilidad en calle) en los barrios Eduardo Santos, El Vergel, Veraguas, el Progreso y Santa Isabel Sur, habitabilidad en calle.

a) Personas en situación de desempleo

Propuesta Transectorial

Generación de ingresos para los habitantes del territorio social dos, que les permita vivir en condiciones dignas. Mejorar la formación para el trabajo de los habitantes de la localidad, asociada a la vinculación laboral y/o formalización del trabajo. Promoción y conformación de redes productivas. Integración de los empresarios y habitantes que hacen parte de la cadena generando compromisos frente a la responsabilidad social en el territorio. Fomento del empleo formal, Formulación y sostenibilidad de proyectos productivos, Acceso a créditos, Generación de pactos con industriales y comerciantes. Generar acuerdos con instituciones de educación básica, secundaria y media, que permitan culminar el bachillerato. Promover la formación técnica con base en el perfil económico del territorio.

Divulgación de la oferta interinstitucional existente de la oferta laboral. Creación de convenios para la formación específica de acuerdo al perfil económico del territorio. Conformación de mesas de trabajo con trabajadores informales en las que se acuerden estrategias de formalización de trabajo.

Propuesta Comunitaria

Para la tercera edad se deberían crear estrategias a nivel externo que les permitan ganar dinero y vivir dignamente puesto que a nivel laboral la vinculación de las empresas no se realiza a pesar de las políticas del gobierno donde se solicita la participación de un amplio sector del adulto mayor. Fortalecer unidades productivas. Capacitar en artes u oficios y que se puedan asociar y crear empresas. Plan semilla para fortalecer las unidades productivas. Ruedas financieras de negocios. Créditos para aumentar el capital y que crezcan las unidades productivas Responsables de la implementación de las propuestas: Alcaldía Local, Secretaría Distrital de Salud (SDS), Secretaría Distrital de Movilidad (SDM), Secretaría Distrital de Educación (SDE), Secretaria Distrital de desarrollo Económico (SDDE), Secretaría Distrital de Planeación (SDP), Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte (SDCRD), Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), Hospital Centro Oriente (HCO), equipo territorial transectorial, Territorio Social 2- Santa Isabel, líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal, organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

b) Personas en situación de desplazamiento

Propuesta Transectorial

Construcción de un Plan de Acción para la intervención integral de la Población en situación de desplazamiento, desde el Comité de Desplazados de la localidad de Los Mártires.

Propuesta Comunitaria

La Subdirección de Integración Social y los Gestores Locales del Programa Red Juntos de Acción Social, pueden servir de punto de enlace entre las ofertas institucionales y la población en situación de desplazamiento. Proyecto de Socialización de Rutas Integrales de Atención a través de Medios Masivos y Locales de Comunicación. Desde población desplazada se propone proyecto de huertas caseras y comunitarias urbanas: Proyecto de promoción de la economía solidaria en población desplazada, a través del fortalecimiento de una Red de Seguridad Alimentaria que promueva principios y técnicas de ecología y agricultura urbana, economía solidaria y alternativas de generación de ingresos (cultivo y comercialización de hongos y caracoles) para un grupo de familias. Casas, lugares de encuentro para la población en situación de desplazamiento que funcionen como centros de productividad, promoción de la autonomía de la población, donde se faciliten herramientas, maquinaria y capacitaciones para la población. En este espacio físico deberá centralizarse la información sobre las respuestas integrales a la población en situación de desplazamiento. Ampliación para la disponibilidad de cupos de Alojamientos temporales de Integración Social para la población en situación de desplazamiento en fase de urgencia. Que dejen de vaciar territorios y de llenar tanques. Que el 4% de la población que tiene el 80% de los territorios sean asignados a la población en desplazamiento. No sembrar más palma. Terrenos para garantizar el auto sustento y no el pastoreo. Paz en los territorios para evitar el desplazamiento. Reabrir los alojamientos temporales y/o utilizar la figura del comodato para crear nuevos alojamientos (Utilizar las casas que están deshabitadas en el centro). Fomentar la creación de huertas urbanas para el auto sustento, la seguridad alimentaria y estudiar la posibilidad de su uso también con fines comerciales. Trabajo y gestión local para el retorno o reubicación dignos teniendo en cuenta la repartición de tierras. Gestionar el retorno de la población a su lugar de origen. Socializar las acciones que llevan a cabo las instituciones. Gestionar la reubicación a las personas víctimas de desplazamiento interno por el POT, por medio de casas en comodato. Mientras que ubica un lugar de vivienda. Desde la secretaria de hábitat o la alcaldía o la ERU. Los responsables de la implementación de la intervención son: Alcaldía Local, secretaria Distrital de Educación (DLE), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Secretaría Distrital de Salud (SDS), Secretaría Distrital de Gobierno(UAO), Hospital Centro Oriente, Secretaría Distrital de Hábitat, Secretaría Distrital de Desarrollo Económico (SDDE), Registradora Auxiliar, Acción Social, Policía Nacional, ASOFADESCOL, FAVIDES, RED JUNTOS, CORPORACIÓN REV), equipo territorial transectorial, Territorio Social 2- Santa Isabel, líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal, organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

c) Personas con discapacidad

Propuesta Transectorial

Construcción de un Plan de Acción para la intervención integral de la Población con discapacidad, desde el Consejo de Discapacidad de la localidad de Los Mártires.

Propuesta Comunitaria

Ampliar el presupuesto para la población en condición de discapacidad, el cual se debe invertir en programas, atención, recreación. Difundir información que apunte a la prevención de situaciones de discapacidad. Que existan más ofertas laborales para las personas con discapacidad. Que existan semáforos adecuados para las personas invidentes. Es necesario socializar y sensibilizar sobre la política pública de discapacidad.

Asignación de presupuestos que apunten a programas para personas con discapacidad. Ampliación de portales educativos con herramientas que se adapten a las necesidades de la

población. Existencia de convenios de instituciones privadas con las públicas que permitan la inclusión de las personas con discapacidad. Ejemplo (FIDESDIS). Talleres de promoción y sensibilización sobre discapacidad que abarque a las PCD, las familias y a la comunidad. Divulgación de los talleres, cursos, programas y demás actividades dirigidas a la PCD, pues en la mayoría de los casos la información no llega oportunamente. Los responsables de la ejecución de dichas propuestas son: Alcaldía local, Unidad Local de Desarrollo Económico (ULDE), Secretaría Distrital de Desarrollo Económico (SDDE), Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Secretaría Distrital de Movilidad (SDM), Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), Hospital Centro Oriente (HCO), Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC) y el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD). Equipo territorial transectorial Territorio Social 2-Santa Isabel, Líderes Comunitarios, Juntas de Acción Comunal, Organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

d) Personas consumidoras de sustancias psicoactivas SPA

Propuesta Transectorial

Crear estrategias con Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos para trabajar con estudiantes, instituciones y comunidad en general. Formulación de un proyecto para la prevención del consumo de SPA para los jóvenes de la localidad en coordinación con la Alcaldía local, HCO y SDIS. Concertación de una ruta de atención a personas con problemas de consumo de SPA. Socialización de los procesos con otras instituciones y sectores comunitarios que manejan canales de información y comunicación como el Instituto Distrital para la participación, la Dirección Local de Educación, y la Junta Administradora Local.

Propuesta Comunitaria

Que los jóvenes conozcan más sobre el consumo, para que no caigan en este por desconocimiento. Trabajar en torno al consumo y consumidores. Diferenciación de consumo y consumidores. Para diferenciar así mismo su manejo. Talleres de sensibilización del consumo, a la persona, la familia y al colegio. Trabajar instituciones con comunidad. Difundir los programas gratuitos para el consumo. Hacer alianzas con Alcohólicos anónimos. Narcóticos Anónimos la estrategia de 12 pasos. Trabajar comunidad educativa (la solución no es sacarlos del colegio) trabajar con la comunidad (Sacarlos de la casa no es la solución) Hacer lugares de consumo cuidado (estudiar a los consumidores antes de abordarlos). Se requiere un sitio para rehabilitar a los consumidores. Disminuir la edad en la que se empieza a realizar la sensibilización frente a las problemáticas del consumo de sustancias psicoactivas para que esto se haga desde 12 años que se vincule a la familia y de la comunidad educativa. Traslado y control de los centros de consumo a partir de la creación de lugares de consumo cuidado para que estas experiencias también puedan ser incluidas en los programas de rehabilitación. Coordinación entre todas las entidades que atienden la problemática para poder realizar un trabajo en conjunto e integral y no redoblar esfuerzos. Divulgación de los programas de rehabilitación que ya existen. Reconocimiento de indicadores de adicción para poder establecer un trato y tratamiento diferenciado entre adictos y consumidores (no todos los consumidores son adictos) que permita crear centros de rehabilitación diferenciados para niños, niñas, jóvenes y adultos que son consumidores pero no adictos.

Los responsables de la implementación de la intervención son: Alcaldía Local, Secretaria Distrital de Educación (SDE), Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Secretaria Distrital de Cultura, Recreación y Deporte (SDCRD), Secretaria Distrital de Planeación (SDP), Secretaria Distrital de Desarrollo Económico (SDDE), Secretaria Distrital de Salud (SDS), Hospital Centro Oriente (HCO), Policía Nacional y

Equipo territorial transectorial Territorio Social 2-Santa Isabel, Líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal, organizaciones Sociales, Comunidad de Base.

e) Habitabilidad en calle

Propuesta Transectorial

Fortalecimiento a los Centros de Escucha como estrategia para la intervención de la habitabilidad en calle. Con atención diferencial (Tipologías, Habitante de calle, ciclo vital, diversidad de género) Instalación de un Centro de Abordaje en la localidad dirigido a la población habitante de calle, con atención diferencial (habitante de calle, ciclo vital, diversidad de género, poblaciones especiales)

Propuesta Comunitaria

Intervención con los ciudadanos habitantes de calle, se invitan a participar en el centro de escucha para mejorar sus condiciones en grupo e individual y tratamiento terapéutico. Crear un centro de escucha móvil en los micro territorios. Reevaluar los servicios que ya existen (hogares de paso ya que se manifiesta que no hay nada productivo que hacer). Ocupación en actividades productivas a los ciudadanos habitantes de calle (reciclaje, cuidado y embellecimiento de la ciudad). Para una gran solución de esta problemática se solicita la presencia de IDIPRON en estos espacios. Se propone que los ciudadanos habitantes de calle que obtienen beneficios recibidos del estado deben hacer una obra social con la cual se evidencia su acción en la localidad. Hacer una intervención para la zona del Bronx en recuperación de este territorio realizando trabajo Institucional (Terapéutico, Secretaría de Salud y Secretaría de Vivienda). Crear centros de consumo cuidado. Crear casas donde estas personas desarrollen sus compromisos Esperanza de vida (viabilizar las propuestas de la recolección de basuras, recicladores uniformados y productivos. Que haya más ofertas en el convenio entre la Secretaría Distrital de Integración Social y el SENA. Que cada departamento acoja a las personas de su ciudad para que los recursos de esta ciudad se queden para las personas de Bogotá. Que haya generación de empleo con acompañamiento de las redes de apoyo tanto familiar como Institucional Los responsables de la implementación de dichas propuestas son: Alcaldía Local, Secretaria Distrital de Salud (SDS), Secretaria Distrital de Ambiente (SDA), Secretaria Distrital de desarrollo Económico (SDDE), Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), Hospital Centro Oriente (HCO), Instituto Distrital para la Protección de la Niñez (IDPRON), Policía Nacional. Equipo territorial transectorial Territorio Social Santa Isabel, líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal, organizaciones sociales, comunidad de base.

Como propuesta transversal para el Territorio social 1 y del Territorio social 2 : Se propone la creación del Observatorio de investigación social localidad de Los Mártires, el cual va a permitir garantizar la continuidad del ejercicio transectorial en el marco de la gestión social integral, desde el análisis de las situación en de las condiciones de vida de las personas que habitan la localidad.

CONCLUSIONES

A partir del trabajo realizado en el presente diagnóstico se identifican las siguientes características para la localidad de Los Mártires: cuenta con 2 UPZ, de acuerdo al plan de ordenamiento territorial, las cuales son UPZ 37 Santa Isabel y UPZ 102 La Sabana una de tipo comercial y la otra de tipo residencial consolidado. A partir de la concertación realizada entre Hospital Centro Oriente, Consejo Local de Gobierno, CLOPS Consejos Locales Operativos, UAT, Unidad de Apoyo Técnico, Consejo Local integral de Participación (CLIP) Equipos Transectoriales y Mesas Territoriales, se llegaron a establecer dos territorios sociales correspondientes a las dos UPZ de la localidad, con el fin de intervenirlas transectorialmente según la estrategia de Gestión Social Integral. Otra de las características de la localidad es que cuenta con edificaciones que han sido declaradas monumentos nacionales como la estación de la Sabana, el Cementerio Central y la Iglesia del Voto Nacional con la plaza de los Mártires.

La Localidad cuenta con 97.283 habitantes según proyección a 2009 del censo DANE 2005, de los cuales 48.881 (50,2 %) son mujeres y 48.402 (48%) son hombres; La estructura de la pirámide se considera de crecimiento estacionario con predominio de población joven y adulto-joven de 25 a 34 años. Una de las primeras causas de mortalidad en la localidad de Los Mártires, están relacionadas con las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas de las mortalidades clasificadas como agresión (homicidios) y secuelas.

De acuerdo con las proyecciones de población de Bogotá más de la mitad de los habitantes de la localidad pertenecen al estrato 3 (52,1%) ubicándose en los barrios Santa Isabel, Eduardo Santos, Panamericano, y 36,8% al estrato 1 y 10,1% al estrato 2. Los hogares según la encuesta de calidad de vida que no alcanzan a cubrir sus gastos mínimos en el 2007 fueron 25,7% hogares, en cuanto a que solo cubren gastos mínimos se encontró que el 57% de los hogares alcanza a cubrirlos, y el 17% de hogares manifestaron que cubren más de estos.

Para la localidad de Mártires se establecieron siete núcleos problemáticos relacionados con: Entornos y relaciones maltratantes, ambientes poco saludables, situaciones de fragilidad social en los habitantes, dependencia económica, desempleo y trabajo informal, Barreras de acceso administrativas y físicas en los servicios de salud, Entornos físicos y de hábitat insalubres causados por uso incorrecto del espacio público, Restricciones individuales, culturales y de oferta para el disfrute del ocio recreativo.

En el proceso de implementación de la GSI se realizaron encuentros de las mesas territoriales, donde se trabajó la lectura de realidades, la definición de núcleos problemáticos y la construcción de propuestas de intervención en los territorios tanto desde el Propuesta institucional como comunitario.

Se identifican varias características del mercado de la salud que constituyen a su vez, una oportunidad para la implementación de empresas sociales de la salud, dirigidas a los sectores económicos de las poblaciones menos favorecidas.

El proceso de GSI ha consistido en el encuentro intersectorial en los escenarios de construcción de debates, discusiones, definición de acuerdos y asignación de responsabilidades en las mesas territoriales de calidad de vida y salud, desde el año 2008 en la localidad, ,escenarios que en su momento fueron identificados como espacios para el posicionamiento político de la calidad de vida mediante la construcción de estrategias con otros sectores partícipes en la implementación de la ruta de la gestión social integral, en la lectura de las necesidades y/o realidades, en el análisis de las respuestas, a través de un proceso de construcción con la participación activa de las comunidades, mediante un proceso de movilización social.

No se avanzó de manera significativa en el análisis de las oportunidades en términos de las soluciones viables con corresponsabilidad por una comunidad empoderada en la complejidad de la realidad, para el mejoramiento de la calidad de vida y las respuestas integrales desde el ejercicio sectorial, sin embargo se debe señalar que en términos de la disminución de la brecha que existe para la construcción intersectorial y transectorial, se logró la apropiación del pensamiento de trabajo colectivo, mediante la construcción conjunta, superando la individualidad institucional lo que permitió para el 2009, retomar el proceso alcanzado en la vigencia pasada por parte de los actores claves, es así, como, desde la ESE, se retomó la mesa de movilización social (o grupo funcional de gestión territorial), que integrada por actores del ámbito comunitario, ámbito familiar, ámbito escolar, oficina de participación, gestión territorial de la SDS y gestión local.

LISTADO DE ABREVIATURAS

| | |
|---------|---|
| AIEPI | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia |
| ASIS | Análisis de Situación de Salud |
| ATEP | Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional |
| CAR | Corporación Autónoma Regional |
| CLOPS | Consejo de Política Social |
| COPACOS | Comité de participación comunitaria en salud |
| COVE | Comité de Vigilancia Epidemiológica |
| COVECOM | Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria |
| CRUE | Central Reguladora de Urgencias |
| DANE | Departamento Administrativo Nacional de Estadística |
| DILE | Dirección Local de Educación |
| DPAE | Dirección de Prevención y atención de Emergencias |
| EAAB | Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá |
| ECV | Encuesta de Calidad de Vida |
| EDA | Enfermedad Diarreica Aguda |
| EPS-S | Empresa Promotora de Salud Subsidiada |
| ERA | Enfermedad Respiratoria Aguda |
| ESE | Empresa Social del Estado |
| FAMIS | Familias amigas de la mujer y la infancia |
| GESA | Gestión Sanitaria y Ambiental para la Salud |
| GSI | Gestión social integral |
| IAFI | Instituciones Amigas de la Familia y la Infancia |
| IAMI | Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia |
| ICBF | Instituto Colombiano de Bienestar Familiar |
| IDPAC | Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal |
| IDRD | Instituto Distrital de Recreación y Deporte |
| IEDs | Instituciones educativas Distritales |
| IPES | Instituto para la Economía Social |
| IPS | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud |
| ITS | Infecciones de Transmisión Sexual |
| LGBTI | Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersexuales |
| LSP | Laboratorio de salud pública |
| NBI | Necesidades Básicas Insatisfechas |
| PAI | Programa ampliado de inmunizaciones |
| PDA | Proyecto de desarrollo Autonomía |
| PET | Población en edad de trabajar |
| PIC | Plan de Intervenciones Colectivas |
| PIES | Proyecto Integral de Entornos Saludables |
| POS | Plan Obligatorio de salud |
| POT | Plan de Ordenamiento Territorial |
| PPMyG | Política Pública de Mujer y Género |
| PYMES | Pequeñas y medianas empresas |
| SASC | Salud a su casa |
| SGSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| SISBEN | Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales |
| SISVAN | Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional |
| SIVIM | Sistema de vigilancia para la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual |
| SPA | Sustancias psicoactivas |
| SUIVD | Sistema Unificado de Información de Violencia y Delincuencia |
| TB | Tuberculosis |
| TD | Tasa de desempleo |
| UAT | Unidad de Apoyo Técnico |
| UAO | Unidad de Orientación a población Desplazada |
| UEL | Unidad Ejecutora Local |
| UPZ | Unidades de Planeamiento Zonal |
| UTI | Unidades de trabajo informal |
| VIH | Virus de la Inmuno Deficiencia Humana |

www.saludcapital.gov.co